



Tomasz REZYDENT

WALKA
00D **TECH**

BookEdit



Tomasz REZYDENT

**WALKA
O ODDECH**

BookEdit

Copyright © Tomasz Rezydent, 2022

Projekt okładki: Magdalena Zawadzka

Zdjęcie na okładce: © Jan Ratajski

Redakcja: Anna Kielan

Korekta: ERATO

e-book: JENA

ISBN 978-83-66995-48-2

Wydawca

BookEdit

tel. 512 087 075

e-mail: redakcja@bookedit.pl

www.bookedit.pl

facebook.pl/BookEditpl

instagram.pl/bookedit.pl

Niniejsza książka jest objęta ochroną prawa autorskiego.

Całość ani żadna jej część nie mogą być publikowane

ani w inny sposób powielane w formie elektronicznej oraz mechanicznej

bez zgody wydawcy.

*Pamięci 359 osób,
które przegrały walkę z wirusem w moim szpitalu.*

Prolog

Tym razem miało być inaczej, nie byliśmy mięsem armatnim, bez doświadczenia i sprzętu. O nie... Byliśmy weteranami, specjalistami od COVID-a, jeśli można tak powiedzieć, bo już poznaliśmy tę chorobę. W sumie byliśmy gotowi na wszystko, co może nas spotkać. A przynajmniej tak sądziliśmy...

#

– Doktorze! Doktorze! – wołała za mną zdyszana opiekunka. – Pani Helena... Szybko...

Wraz z koleżanką pędem ruszyłem na salę, z której przed chwilą wybiegła zaaferowana kobieta. Naszym oczom ukazała się otyła, niedawno wybudzona ze śpiączki farmakologicznej i odłączona od respiratora starsza pani. Twarz miała siną, patrzyła w sufit i łapała niepełne, szczątkowe, „rybie” oddechy.

Dzisiaj rano szef wyciągnął jej rurkę tracheostomijną ze sztucznie wytworzonego otworu na szyi, dzięki któremu pacjenci po wybudzeniu są w stanie świadomie wytrzymać wspomaganie wentylacją mechaniczną.

Od razu stanąłem za głową pacjentki, wyjeżdżając lekko łóżkiem i przeciskając się koło parawanu oddzielającego ją od drugiej chorej. Rozkręciłem przepływ tlenu w masce do oporu i odgiąłem jej głowę, unosząc nieco żuchwę. Mimo odczytu na monitorze drugą ręką sprawdziłem puls. Serce wciąż biło, chora jeszcze się nie zatrzymała, ale jeśli „stanie” oddechowo, to po chwili pompa tłocząca krew w jej ciele też zrobi sobie nieplanowany postój – nie mogłem do tego dopuścić.

– Dajcie AMBU i rurkę ustno-gardłową! – zawołałem do pielęgniarki wjeżdżającej z wózkiem reanimacyjnym. – Szykujcie sprzęt do intubacji na wszelki wypadek oraz rurkę do tracheo.

Kobieta wciąż była nieprzytomna, a ja wentylowałem ją workiem samorozprężalnym podłączonym pod czysty tlen. Dopóki się nie zatrzyma, to jej nie zaintubuję – to ostateczność. Chociaż jej płuca są już w znacznie lepszym stanie, niż wtedy kiedy pierwszy raz „szła na rurę”. Potrzebuje wspomagania ciśnieniem, ale jest nieprzytomna, wciąż ma dziurę w szyi, która nie zdążyła się jeszcze zasklepić. Mamy przez nią przeciek powietrza, które teraz włączam do jej płuc, ściskając gumowy worek.

Wciąż wygięty w niewygodnej pozycji tuż obok głowy pacjentki położyłem telefon i ustawiłem na tryb głośnomówiący, wykręcając numer do dyżurnego anestezjologa.

– Cześć, co tam? – odezwał się doktor Bródka.

– Za ile możesz być? Wasza pacjentka właśnie się zatrzymała oddechowio i dymam ją AMBU.

– Ta co zeszła „z rury”? Przecież miała tracheo – zdziwił się.

– Tak ta. No miała i dzisiaj usunięto, nie mam pojęcia, czemu przestała oddychać.

– Będę za dziesięć minut... – rzucił i szybko się rozłączył.

To było bardzo długie dziesięć minut, w tym czasie nachylony nad pacjentką utrzymywałem drożność jej dróg oddechowych. W każdej chwili mogła się zatrzymać. Kątem oka dostrzegłem też kobietę leżącą obok – trzy godziny temu przyjechała tu z oddziału zakaźnego, do jej twarzy przylegała szczelnie maska od respiratora nieinwazyjnego tłoczącego tlen pod ciśnieniem, a w oczach czaił się strach. Jeszcze tydzień temu była zdrowa i rozpierała ją energia, dziś jest o krok od intubacji i patrzy przez parawan z przerażeniem na to, co się dzieje ze współpacjentką.

Gdy wreszcie dotarł anestezjolog, pokiwał głową z przekąsem.

– U was nie może być spokojnie?

– Weź... Przy pięćdziesięciu czterech chorych zawsze ktoś się „zepsuje”.

– No dobra, trochę zaczęła już zarastać, ale da radę – stwierdził, patrząc na otwór na szyi. – Spróbujemy założyć znowu tracheo.

#

Kilka miesięcy wcześniej

Zgodnie z moimi przewidywaniami pandemia zrobiła sobie wolne na lato. Od kiedy przestaliśmy być szpitalem jednoimiennym, czyli od pierwszego

lipca, udawało nam się utrzymywać względnie małą liczbę pacjentów zakażonych koronawirusem w obrębie niewielkiego wydzielonego bufora – czytelnicy „Niewidzialnego frontu” zapewne pamiętają, że chodzi o miejsca w budynku pediatrii oraz kilka łóżek na oddziale zakaźnym. Przez ten czas nasz oddział wewnętrzny wrócił do normalnego trybu pracy, przynajmniej dla pacjentów. My wciąż dodatkowo dyżurowaliśmy na buforze i na oddziale zakaźnym, ale latem nie było to zbyt męczące – ot dodatkowe pojedyncze przyjęcia i interwencje.

Praca w nowej rzeczywistości, już nie-COVID-owej, niosła ze sobą inne ryzyko, tym razem niebezpieczeństwo tliło się w grupie bezobjawowych nosicieli albo osób, u których inne choroby maskowały objawy. Mając cały oddział ciężko chorych, ale nie-COVID-owych, położenie tutaj przypadkiem pacjenta dodatniego i wytworzenie ogniska epidemiologicznego byłoby katastrofą.

Od początku września zaczęła się stopniowo zwiększać liczba hospitalizowanych przypadków koronawirusa, zamknięto oddział neurologii. Każdy chory z planowej diagnostyki musiał mieć dwa dni przed przyjęciem do szpitala wykonany wymaz. Pacjentów „na cito” przyjmowano „na ostro”, ci z podejrzeniem zakażenia po pobraniu wymazu ładowali w wydzielonym miejscu, niepodjezwani od razu na internie. Dodatni w średnim i ciężkim stanie trafiali na COVID-ową neurologię. Ten system działał. Przez trzy miesiące udało nam się uniknąć przeoczenia zakażonego pacjenta, choć raz było blisko.

#

Tuż po przyjściu na dyżur usłyszałem denerwujący głos „stacjonarki”. Na wyświetlaczu na pomarańczowo nerwowo mrugał napis – „SOR”.

– Oddział wewnętrzny, słucham – odebrałem, wiedząc, że ten telefon oznacza kolejnego pacjenta, a mam tylko dwa miejsca.

– Cześć. Mam dla ciebie pacjentkę, dziewięćdziesięcioletnia staruszka z zapaleniem płuc, od trzech lat leży w domu. Rodzina zgłosiła pogorszenie. Parametry zapalne lekko podniesione, ale jest odwodniona, trzeszczy i furczy nad płucami. Jest u nas od wczorajszego wieczora, ale nie chciałem zawracać głowy w nocy – zrelacjonował doktor Rambowicz.

– Doktorze, ona „ciężka” jest czy może poczekać? – zapytałem.

– Czeka od wczoraj, to może jeszcze poczekać, leki dostała – odparł obojętnym tonem, niemal czułem, jak wzrusza ramionami przez telefon.

– Na badania i zdjęcie to do nas – zaproponowałem, zerkając szybko w komputer. – Ale wie doktor, że każdego pacjenta chcę sam zobaczyć. Jak nie muszę się spieszyć, to przyjdę po przyjęciu raportu i obchodzie interny i COVID-owego. Za jakieś dwie godzinki. – Przeszacowałem szybko w głowie.

– Jasne, czekamy.

#

Po nieco dłuższym czasie, niż zakładałem, dotarłem na SOR. Przywitał mnie zwodniczy i względny spokój. Ale tak to już jest w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym – tu w ciągu pięciu minut może nadejść zmiana – po ciszy i spokoju momentalnie następuje walka o czyjeś życie.

W tym czasie przybyło do mnie kolejne „teleskierowanie”¹. Postanowiłem się nim zająć, zanim przejdę do owej czekającej od nocy staruszki. Przyznaję, że nic, ale to absolutnie nic, mnie tak nie wkurwia jak teleporady. Zresztą nie tylko mnie, to widać. Satyrycy rysują obrazki, w których lekarz uzyskuje teleporadę od straży pożarnej w razie pożaru, a ludzie wylewają wiadra pomyj na medyków w mediach społecznościowych. I mają rację.

O ile rozumiem i popieram przepisywanie stałych leków pacjentowi, który leczy się przewlekle w ten sposób, to zupełnie nie akceptuję takiej „diagnostyki”. Chory, który podaje jakiś objaw albo się źle czuje, musi być zbadany. Koniec, kropka. A w większości wypadków tak się nie dzieje. Tylko niewielu lekarzy proponuje wizytę, znaczna część „rodzinnych” załatwia teleporadami absolutnie wszystko. W ciągu ostatnich trzech miesięcy widziałem mnóstwo ofiar telemedycyny: telezapalenie płuc, teleból brzucha, telezawał i oczywiście najmodniejsze „teleskierowanie” na internę, „tam pana zbadają”.

Po wejściu do pokoju badań spotkałem osiemdziesięcioletniego pacjenta ze skierowaniem: „Zakażenie układu moczowego, niepodlegające leczeniu antybiotykami – cito! Oddział wewnętrzny”.

– Niech pan powie, co się dzieje i kiedy zaczęły się objawy? – zapytałem starszego mężczyznę.

– No, boli mnie brzuch poniżej pępka i taki słaby jestem, mam dreszcze. Doktor przepisał mi antybiotyk taki „Czipronex” dwa razy dziennie, ale nie było poprawy, to wysłał mnie do was.

– No powiedz doktorowi, że nie oddajesz moczu od kilku dni... – wtrąca żona niczym wytrawny sufler, choć stoję obok niej.

– No to prawda. Wcześniej to tak po trochu mogłem, teraz nic... – przyznaje staruszek i bezradnie rozkłada dłonie.

– A doktor, jak badał, to co mówił? Na co pan jeszcze choruje? – dopytuje, zanim sam przejdę do badania.

– A nie badał. Przez telefon dał antybiotyk na infekcję, mówił, że to pewnie to – odpowiada szybko kobieta.

– A kiedy ostatni raz pana badano?

– No przed tym wirusem, teraz to tylko na telefon można. A to skierowanie to w przychodni odebrałam – wyjaśniła żona, całkowicie przejmując kontynuowanie rozmowy.

Wystarczyło pięć sekund badania, żeby zobaczyć i wyczuć masywny guz w podbrzuszu sięgający do pępka. Szybkie USG potwierdziło moje podejrzenie. Zatrzymanie moczu, pęcherz moczowy, niczym piłka o średnicy 16 cm. Rozdęty, sięga mniej więcej do tej samej wysokości co dno macicy w 24. tygodniu ciąży.

Należało wsadzić cewnik, no ale nie da się tego zrobić przez telefon. Teraz pacjent z uwagi na zaburzenia elektrolitowe oraz obrzęki, które zaczęły się tworzyć na nogach, wymagał hospitalizacji. Przyjąłem go na oddział.

Na każdym niemal dyżurze wściekam się na to, że ktoś zamiast zbadać chorego wysłał go bezsensownym „teleskierowaniem” do szpitala. Moją zgrozę budzi jednak myśl o tych chorych, którzy nie trafili do szpitala, bo nie byli badani. To, że ktoś głupio kieruje, bo nie badał, to pół biedy, ja się zajmę chorym, ale gorzej, jak ktoś tego nie zrobi, bo podczas teleporady umknęły mu istotne klinicznie szczegóły.

#

Pani, do której zawołał mnie doktor Rambowicz, faktycznie była stara, nawet jak na standardy internistyczne. Na oko jakieś sto lat. W pogorszenie władz umysłowych nie wierzę, z nią nie ma żadnego kontaktu od dawna. Nie jestem pewien, czy cokolwiek z tego, co mówię, dociera do resztek jej

świadomości. Wychudzona, leżąca, z przykurczem mięśni wymuszającym konkretną pozycję w łóżku. Jej bladożółta, pergaminowa skóra opina żebra i inne widoczne kości. Nie chciałbym dożyć takiej starości. Ciało skruszone przez czas wciąż żyje, a umysł? Cóż, pewnie jest już dawno po drugiej stronie. Niemniej będziemy ją leczyć. Nad płucami faktycznie furczy i trzeszczy.

– Jest moja – rzucam po badaniu.

Doktor Rambowicz uśmiecha się i szykuje papiery. W końcu było to oczywiste, kiedy nagle uśmiech znika z jego twarzy i słyszę głośno:

– Kurwa mać... ona jest dodatnia, wynik PCR przyszedł pięć minut temu w systemie.

Wypuszczam głośno powietrze i rozglądam się po sali, jedna osoba leży dwa łóżka dalej, ja przynajmniej miałem maseczkę chirurgiczną i rękawiczki.

– No to nie jest moja. Trzeba zadzwonić do sanepidu, a panią przekazać na naszą COVID-ową neurologię... – zacząłem.

– Tak i zamknąć SOR na dekontaminację – wtrąca doktor Rambowicz.

Po raz kolejny to, że oglądałem pacjentkę, a nie przyjąłem jej na telefon, okazało się błogosławieństwem. Właśnie wyobraziłem sobie, co by było, gdybym ją położył na pięcioosobowej sali ze średnio chorymi pacjentami. A przecież tu nie było wywiadu epidemiologicznego, nawet nie miała szczególnych objawów, po prostu któryś z domowników musiał być chory.

#

Po tym nieco przydługim wstępie opisującym sytuację tuż przed jesienną falą, ruszamy w kolejną podróż w nieznaną. Nie tworzę fabuły, a jedynie opisuję rzeczywistość oprawioną moimi komentarzami. Zapraszam więc do wspólnej walki z wirusem, walki o oddech.

#wtorek 29 września

Na początku stwierdziłem, że jesteśmy przygotowani, że udało nam się przez trzy miesiące uniknąć przyjęcia pacjenta zakażonego koronawirusem na oddział i nie mieliśmy ogniska zakażenia wewnątrz szpitala.

Prawo Murphy'ego, jeśli coś idzie dobrze, to znaczy, że jeszcze nie wiesz, że coś się spieszyło. Kiedy wieczorem popijałem z żoną przepyszne wino

gruszkowe z Winiarni Zamojskiej – moje ulubione, nic nie zwiastowało, że coś może zepsuć mi humor. Leniwie odebrałem telefon od koleżanki z pracy.

– Cześć Madziu, co tam?

– Jestem dodatnia – oznajmiła bez ogródek napiętym głosem.

– Szlag. Jak to się stało?

– Nie wiem. Nie mam żadnych objawów – odpowiedziała.

Przez cały tydzień siedzieliśmy razem w dyżurce, ba, wcześniej w niedzielę rano zdawała mi dyżur *face to face*. Nie ma objawów, ale jej partner ma, więc się zbadali i wyniki wyszły pozytywne. Po tej wiadomości nawet wino z Roztocza straciło smak, oczywiście jedynie metaforycznie, bo smak i zapach wciąż czuję dobrze. Gdyby ten aromatyczny trunek nie smakował mi od początku, mógłbym podejrzewać również u siebie COVID, ponieważ utrata węchu i smaku jest jednym z charakterystycznych objawów dla tej infekcji.

Żeby się upewnić, czy nie mam zaburzeń węchu i smaku, mimo że było grubo po godzinie dwudziestej drugiej, otworzyłem chrupki o smaku sera cheddar – bardzo je lubię. Przyznaję, złamałem swoją obietnicę, a chciałem zredukować ilość tego typu niezdrowych przekąsek w swojej diecie i miałem zrezygnować z jedzenia po dwudziestej wieczorem. Moja luba otworzyła sobie za to paczkę tych samych chrupek i zaczęła skubać je skrycie.

– Czemu wzięłaś drugą paczkę, przecież całej nie zjem – zapytałem.

– W twojej może być COVID – odpowiedziała, uśmiechając się i robiąc niewinną minę niczym tajwański sprzedawca, który wcisnął klientowi ostatnią sajgonkę, na którą miałem wielką ochotę. – Poza tym – dodała, bawiąc się kosmykiem swoich blond włosów – kto powiedział, że nie zjem całej paczki.

W sumie też zjadłem swoją paczkę, choć wyrzuty sumienia będę mieć pewnie większe.

Wracając do prawa Murphy’ego, miesiąc temu nasz Padrino zapowiedział, że wraz z żoną wybiera się na zasłużony dwutygodniowy urlop. Dotychczas szef pracował, biorąc masę dyżurów, i do tego zarządzał wszystkim jako dyrektor do spraw medycznych. Odpoczynek mu się należy, a tu taka informacja zaraz w pierwszym dniu urlopu. Doktor Magda to przepowiedziała w zeszłym tygodniu.

– Zobaczycie, wszystko walnie i zaleją nas dodatni pacjenci, jak tylko szef pojedzie na urlop, najdalej w drugim, trzecim dniu jego wyjazdu – powiedziała, oglądając rosnące statystyki zachorowań.

No i wykrakała. Choć zapewne nie zakładała, że będzie pierwszą dodatnią osobą na oddziale od ponad trzech miesięcy, choć tylko przez chwilę i nieświadomie. Zaraz po otrzymaniu wyniku poddała się izolacji domowej. My zaś ustaliliśmy znowu zespoły, w których mamy pracować w trybie zmianowym. Trzeba było szybko zmodyfikować grafik dyżurów. Wszyscy pacjenci będą „wymazani” teraz i za dziesięć dni. Personel ma mieć jutro pobrany materiał do badania, i tak co trzy dni przez kolejne dziesięć, aby nie przeoczyć zakażenia, poprzez okno serologiczne, w którym testy wychodzą fałszywie ujemne².

Następnego dnia miałem e-kurs z toksykologii. Całe szczęście, że jest online, bo inaczej nie mógłbym go dokończyć bez narażania innych uczestników. Gdy przed siódmą rano zmierzałem do szpitala, aby poddać się wątpliwej przyjemności pieszczoty bawełnianą szpatułką w nosie wraz z indukcją odruchu wymiotnego w gardle, pogoda była pod psem. Szaro, buro, deszcz lał jakby na złość i było bardzo zimno. Złota Polska jesień...

W punkcie poboru w SOR w okienku wymazowym pełen profesjonalizm, naprawdę wprawili się i nie robią tego na odwal. Po wymazie głęboko z gardła stwierdziłem, że dobrze, że nie jadłem śniadania, a podczas pobierania wymazu z nosogardzieli czułem, że patyczek prawie dotyka mi mózgu. Biorąc pod uwagę to, że o piętnastej, zaraz po kursie, musiałem być na dyżurze, badanie poszło w trybie cito.

Czasami, żeby zobaczyć, że coś nie działa albo wymaga poprawy, trzeba wejść w czyjąś skórę. Kiedy więc podczas pobierania wymazu, zimna deszczówka lała mi się na głowę, niczym Newton obrywający jabłkiem pod drzewem wpadłem na pomysł, że warto zamontować daszek nad okienkiem. Podzieliłem się tym jakże błyskotliwym spostrzeżeniem z personelem z punktu pobrań. Usłyszałem, że wiedzą, zgłosili i „kiedyś” będzie. Tyle dobrze, że trzy metry dalej stoi namiot, pod którym można poczekać na swoją kolej, choć i on przecieka, ale lepsze to od stania pod gołym niebem w deszczu.

Pracując w polskim systemie ochrony zdrowia, zauważyłem, że odpowiedzią na wiele problemów i ważnych kwestii są dwa zdania: „kiedyś to zrobią” i „jakoś to będzie”. Niemniej teraz, widząc z perspektywy ostatni rok i naprawdę dynamiczny rozwój naszego szpitala, zaczynam wierzyć, że

„kiedyś” powoli staje się terażniejszością, a „jakoś to będzie” przejdzie w algorytmy, schematy i standardy. No, ale na razie daszku nad punktem wymazów nie ma i w czasie deszczu leje się człowiekowi na głowę.

W drodze na SOR obserwuję tłumy pacjentów stojących w kolejce do pobrania wymazu. Z każdym dniem ich przybywa, co zgadzało się ze wzrostem liczby zakażeń. Patrząc na krzywą, od 7 września następuje stały i dynamiczny wzrost, a zaczęło się od 302 zakażeń. Już 12 dni później, 19 września, przekroczyliśmy magiczną liczbę 1000 zakażeń na dobę. Po kolejnych 10 dniach wartości zakażeń oscylują w granicy 1000–1200, nieznacznie fluktuując, ale nieustannie rosną. W następnych dobach gwałtownie wystrzeliwiają w górę. Drugiego października zachorowało ponad 2300 osób, prawie tyle samo zmarło na COVID od początku pandemii. Nie mamy już raportowanych kilku zgonów dziennie, ale od kilkunastu do kilkudziesięciu.

Około czternastej otrzymuję telefonicznie informację o moim pierwszym ujemnym wyniku testu na COVID i ruszam na krótki, bo zaledwie kilkugodzinny, nieplanowany dyżur – nocka należy do koleżanki. W tej chwili pracujemy w pewnym zawieszeniu, nie możemy być ani „zakaźni”, ani „normalni”. Wstrzymano przyjęcia na oddział, a dotychczasowi pacjenci są dalej leczeni internistycznie i oczekują na wyniki testów. Dopóki ich nie przejdą, nie możemy ich przekazać do innych jednostek.

Znowu pracujemy w teamach, tak by zachować ciągłość świadczenia usług leczniczych, nawet jeśli jedna drużyna wypadnie. Najbliższe dni będą dość spokojne – nie przyjmujemy nowych chorych, testujemy tylko personel i starych pacjentów, aby planowo ich wypisać w najbliższy poniedziałek.

Sytuacja w województwie jest napięta, nie ma miejsc dla zakażonych, nasz szpital oraz placówka w Węzłowie i szpitale w pięknej stolicy naszego regionu są pełne. Pojawiające się tu i ówdzie wolne miejsca po szczęśliwie wypisanych lub zgonach są natychmiast zajmowane. To, co w trakcie pierwszej fali trwało tygodniami, teraz zapełniło się w niecałe osiem dni – odczuwamy dramatyczny brak miejsc i to przy grupowaniu pacjentów.

Jako jedyni w województwie dysponujemy stacją dializ dla zarażonych osób, więc nie możemy odmówić przyjęcia pacjenta tego potrzebującego, nawet gdy brak miejsc. Na „COVID-owy” w szpitalu „przerobiono” oddział zakaźny, bufor pediatryczny i neurologię powiększoną o gabinety sekretarek oraz EEG, gdzie wstawiono łóżka z pacjentami.

W trakcie pierwszej fali koronawirusa w ciągu dwóch tygodni marca w naszym szpitalu pobrano wymazy od 430 osób, w kwietniu zaś od 825. W porównaniu z wrześniem, kiedy pobrano było 3562, poprzednie wyniki wyglądają mizernie. W tym zakresie lwią część pracy odwała SOR z punktem wymazowym. Pod koniec września w ciągu trzech dni na ponad 750 wymazów 83 były dodatnie. Nastąpiła eksplozja zachorowań, której odzwierciedleniem jest sytuacja w kraju. We wrześniu u 10,36% osób wykonujących u nas badanie potwierdzono zakażenie wirusem. A przecież jeszcze nie zaczął się na dobre sezon grypowy.

Kończąc pisać „Niewidzialny front”, zakładałem, że druga fala uderzy w nas jesienią, ale nie spodziewałem się, że zacznie się to na początku kalendarzowej jesieni. Myślałem, że uda się wytrzymać do początku listopada. Niemniej deszczowa, zdradziecka pogoda, a także totalne rozluźnienie obostrzeń sprawiły, że pod koniec września rozpoczęliśmy kolejną walkę.

Uprzednio pracowaliśmy w ramach szpitala jednoimiennego i mamy spore doświadczenie oraz dużo sprzętu – przygotowaliśmy się na wzrost zachorowań. Nie spodziewaliśmy się jednak, że nastąpi tak szybko i z takim nasileniem. Wiosna nas rozpieściła dość lekką falą epidemii – inne kraje europejskie nie miały tyle szczęścia. Latem zaś, kiedy wirus przycichł, zlikwidowano wszystkie izolatoria w województwie. Stan ten utrzyma się zapewne przez krótki czas, ale na razie nowych nie ma. Ktoś chyba nie pomyślał, że na jesieni pojawi się nowa fala, wszystko pomiesza się z grypą i będzie jazda bez trzymanki. Można więc rzec, że jesień zaskoczyła samorządowców.

Dyrektor naszej placówki był jedną z osób niezdziwionych i niezaskoczonych. Przewidywał taki rozwój wypadków i się do niego przygotowywał, choć do pełnej gotowości zabrakło mu czasu. Na tle innych szpitali wypadamy więc bardzo dobrze. W czasie kiedy likwidowano izolatoria, rozbierano wcześniej stawiane naprędce śluzy w innych szpitalach, nasz młody i energiczny menedżer pozyskiwał zgody i fundusze na błyskawiczną budowę szpitala zakaźnego. Założenie było proste, nie możemy sobie pozwolić na całkowite wyłączenie szpitala w razie kolejnej fali, a region mamy duży i trzeba zadbać o wielu chorych. Większość oddziałów musi więc działać normalnie, a te, które znają się już na leczeniu wirusowych zapaleń płuc i niewydolności oddechowych, są przekształcane w zakaźne. Nowy szpital kontenerowy miał być odpowiedzią na drugą falę,

a gdyby ta jakimś cudem nie nadeszła, to nasz region zyskałby od dawna oczekiwany przyszpitalny ZOL. Zależy nam też, aby odciążyć od „covidowców” stare budynki szpitala, gdyż od kilku miesięcy mieszkańcy miasta są pozbawieni pediatrii. Po postawieniu budynku modułowego „dziecięcy” musi wrócić do pracy. To frustrujące i przerażające, jechać z chorym dzieckiem do innego miasta, tylko dlatego że przez pandemię nie ma gdzie leczyć naszych maluchów.

W trakcie najmniejszej liczby zachorowań, kiedy zakażonych pacjentów udało nam się leczyć w miejscach do tego przeznaczonych, kończono remonty poszczególnych oddziałów, w tym wymianę pionów wodnych na internie. Zmiany objęły także personel i do października na kilku oddziałach wymieniono kadrę kierowniczą. Nasz oddział jako ten, który w trakcie pierwszej fali zajmował się najcięższymi pacjentami COVID-owymi (z wyjątkiem OIT³), otrzymał spory zastrzyk sprzętu. Przenośne aparaty z głowicami USG, które łatwo zdezynfekować przed i po wykonaniu badań, zestaw nowych kardiomonitorów wraz z centralą do sali intensywnego nadzoru, a także bronchoskop i gazometr umożliwiające w ciągu kilkunastu sekund oznaczenie parametrów równowagi kwasowo-zasadowej pacjentów, dodatkowe urządzenia do wentylacji nieinwazyjnej tzw. NIV (*Non-invasive ventilation*) i aparat HNFC zwany potocznie high-flowem, czyli rodzaj maszyny, która za pomocą specjalnych wąsów tlenowych może dostarczać pacjentowi nawet do 60 litrów tlenu na minutę.

Dyrektorowi medycznemu udało się zaopatrzyć oddział także w sprzęt do ciągłej terapii nerkozastępczej, taki jak na intensywnej terapii, tzw. sztuczną nerkę. Przez ten rok w trakcie moich dyżurów miałem czterech pacjentów, którzy się kwalifikowali na podłączenie do tego urządzenia. Dwoje z nich dzięki bardzo dobrej współpracy z nowym szefem OIT-u skorzystało z podobnego na jego oddziale (jedynie z powodu konieczności ciągłej dializy), ale pozostali nie mieli tyle szczęścia, nie znaleziono odpowiedniego miejsca i nie wdrożono terapii na czas.

Zarówno dyżur, jak i kolejne dni na oddziale mijają mi dość spokojnie. Nie są to co prawda beztrudne dyżury, bo nie ma dnia, żeby stan zdrowia któregoś z pacjentów nie pogorszył się i nie wymagał „naprawiania”, ale balansując na tej sinusoidzie unikamy zgonów. Wypisujemy na kwarantannę, kogo się da, oraz ustalamy, kogo trzeba przekazać do innego szpitala.

W tym czasie kilkakrotnie odwiedził nas dyrektor, osobiście wypytyjąc o pomysły, jak maksymalnie zwiększyć liczbę łóżek przy zachowaniu bezpieczeństwa personelu. Powiększenie powierzchni skażonej w kilku miejscach wymaga postawienia dodatkowych śluz, które mają być zamykanymi krótkimi przedsionkami, zbudowanymi z grubej folii. Nasz pokój socjalny, wraz z łazienką, stanie się kolejną salą dla chorych i to w ciągu najbliższych trzech dni.



Widok przez prowizoryczną, foliową śluzę na część skażoną.
Fot. kolekcja własna

Tymczasem na oddziale neurologii, który pełni rolę oddziału COVID-owego, nowa pani ordynator dzielnie walczy z coraz większą liczbą chorych. Jak wspominałem, pod koniec miesiąca nie ma ani jednego wolnego łóżka, a sale są wypełnione tak, jak jest to tylko możliwe. Znacznie więcej osób zakażenie przechodzi ciężko – choć może to tylko wrażenie oparte na coraz wyższym progu stawianym przy przyjęciu do szpitala?

– Wszystkiego najlepszego z okazji Dnia Chłopaka! – Doktor Milena składa mnie i Karolowi życzenia, z samego rana wpadając do naszej dyżurki.

W czasie pierwszej fali miewałem z nią dyżury, zmieniło się to, odkąd została ordynatorem oddziału neurologii. To niesamowicie ciepła i empatyczna lekarka, zawsze chętna do pomocy chorym. Wydaje się nigdy nie denerwować i z pełną cierpliwością tłumaczyć różne rzeczy każdemu pacjentowi.

– Dziękujemy – rzucamy chórem w odpowiedzi, a w nasze ręce trafiają małe paczuski łakoci.

– Mhmm... migdały w czekoladzie, pycha!

– Jak tam w „covidowie”? – pytam spragniony informacji.

– Różnie, ale ostatnio źle, mam trochę ciężkich przypadków. Będę musiała cię poprosić o USG jednej pacjentki, całkowicie zżółkła i to w ciągu kilku dni.

– Nie ma problemu, w wolnej chwili podejść.

Tak, tego mi brakowało, ostatnie trzy miesiące starałem się robić jak najwięcej USG na oddziale. Świeżo po kursie zastała mnie pandemia, w trakcie której USG wykonywano bardzo rzadko. A jak to mawiają radiolodzy, rękę trzeba nabijać. Żaden kurs nic nie da, jak się nie przyłoży głowicy ileśset razy. Zarówno mój szef, jak i inni bardziej doświadczeni lekarze pomagali mi doskonalić technikę badania. Opisywanie wyniku to co innego niż ostrodyżurowe przyłożenie głowicy do pacjenta. Jestem „świeżakiem” po kursie, więc po każdym moim USG przychodził ktoś „dorosły” i wykonywał je jeszcze raz, sprawdzając z moim opisem. Dzięki temu nabywa się pewności siebie. Przy okazji inny lekarz pokaże, jak inaczej przyłożyć głowicę, aby lepiej uwidocznić struktury. Niewielki zgrany zespół to jest to, o czym w praktyce zawodowej się marzy.

W dobie COVID-a weryfikacja badania przez kolegów jest trudniejsza, a na dyżurze, cóż – jesteś tylko ty i to, co widzisz. Cieszę się, że w ostatnich

miesiącach nie próżnowałem. Teraz dzięki tym małym przenośnym USG, które łatwo odkazić, zrobienie badania jest możliwe szybciej i w zasadzie w każdych warunkach.

Ubrany w kombinezon i moją nieśmiertelną biało-niebieską maskę do nurkowania przechodzę przez służbę na salę COVID-ową. Na naszym oddziale drzwi mają tylko malutki wizjer, natomiast na neurologii... co to, to nie. Obowiązuje styl marynarski – drzwi od strony pacjentów mają okienko niczym w burcie statku, gustowny bulaj, przez który można zajrzeć do środka.

Po wejściu na salę nikt mnie nie wita. Trzy pacjentki leżą pod tlenem, podpięte do systemów monitorujących podstawowe parametry życiowe, trzymają jeszcze saturację. Dwie kobiety pod oknem mają maski z rezerwuarami ustawione na duży przepływ tlenu, a i tak muszą oddychać 25–30 razy na minutę, by nasycić w zadowalającym stopniu tlenem swoją krew. Nie są świadome mojej obecności, mimo iż wchodząc powiedziałem „dzień dobry”. Bez czystego tlenu, podawanego do masek, długo by nie wytrzymały, bowiem organizm, chcąc skompensować niedotlenienie, najpierw zwiększyłby liczbę oddechów do 40, czy nawet 50 na minutę. Takiego tempa nie da się długo wytrzymać, a chory, który nie ma wdrożonego odpowiedniego leczenia (w tym tlenoterapii), opada z sił, mięśnie oddechowe się męczą i nie jest w stanie tak szybko oddychać. W konsekwencji następuje niedotlenienie, a przy niskiej saturacji komórki powoli zaczynają umierać, przechodząc w nieekonomiczny tryb beztlenowy.

Pacjentka, którą konsultowałem, była żółta, ale nie był to kolor, jaki przybiera czasem skóra starszych osób, blady czy lekko żółtawy jak stary pergamin, to był kolor dojrzałej cytryny. Białkówki jej oczu, mimo nazwy, również były ciemnożółte.

– Pani doktor, strasznie boli mnie brzuch... – Pacjentka nie rozpoznała, że nie jestem lekarką prowadzącą. Nic dziwnego, w kombinezonach wszyscy wyglądamy tak samo.

We Włoszech i w Stanach medycy przyklejają do kombinezonów wydrukowane zdjęcia swojej twarzy, żeby chorzy widzieli, z kim mają do czynienia. Na pewno psychicznie lepiej wiedzieć, z kim się rozmawia, niż patrzeć na kolejnego „kosmitę” w skafandrze.

USG w takich warunkach jest bardzo trudne, pacjentka nie jest odpowiednio przygotowana, poza tym w jej stanie niewiele by to dało.

Gazy jelitowe przesłaniają środkową część jamy brzusznej. Nie mogę zobaczyć trzustki, poza małym fragmentem, który wygląda prawidłowo. W wątrobie udaje mi się zaobserwować poszerzenie przewodu żółciowego wspólnego, ale nie widzę przyczyny tego poszerzenia. Zazwyczaj w takim wypadku jest to albo kamica przewodowa, gdzie złóg przytyka drogę odpływu żółci, albo guz nowotworowy głowy trzustki, albo zmiana zamykająca światło przewodu w obrębie brodawki Vatera⁴.

Kobieta skarży się na ból podbrzusza i faktycznie w miejscu, w którym lokalizuję go, pomiędzy pępkiem a spojeniem łonowym, wyczuwam, najpierw palpacyjnie, guz. Później przykładam głowicę. Moim oczom ukazuje się przestrzeń płynowa o dość regularnym kształcie. W kolejnej projekcji, obracając głowicę, uwidaczniam jednak nieregularnie odbiegające od niej jakby uchyłki, no i sama granica jest jakby cieńsza, nie wygląda na ścianę pęcherza, do której się przyzwyczaiłem. Szybkie spojrzenie na zwisający worek z moczem przy ramie łóżka (800 ml od rana) sprawia, że pęcherz wstępnie wykluczam, nie widzę też balonu cewnika w USG. Nie, to na pewno jest coś innego...

Wycieram starannie z żelu pacjentkę i przykrywam kołdrą.

Odsuwam się od niej, mówiąc: „Do widzenia”. Choć w tej chwili nie wiem, że ponownej konsultacji już nie będzie. Starsza pani łapie mnie za rękę w kombinezonie i ściska. Stoimy tak przez chwilę, po czym nachylam się do niej i jak najdokładniej się da przez maskę, mówię.

– Muszę już iść, pani Halino, wpiszę konsultację i trzeba zrobić badania.

Jej uścisk słabnie i wypuszcza moją, oddzieloną dwoma gumowymi rękawicami dłoń ze swoich ciepłych, żółtych rąk. Odprowadza mnie wzrokiem do drzwi.

Po zrzuceniu kombinezonu w śluzie i odkażeniu patrzę jeszcze przez okągły bulaj na salę. W myślach dziękuję Bogu, że obie moje babcie odeszły jakiś czas temu i umierały w domu, otoczone rodziną trzymającą je za ręce. Kiedy odchodziła pierwsza z nich, byłem studentem piątego roku medycyny, a za drugim razem – lekarzem. Przy odpowiednim dawkowaniu leków przeciwbólowych obie mogły bez bólu w ostatnich dniach przebywać w domu.

Teraz umieranie jest o wiele gorsze, nie ze względu na podaż leków, bo te chorzy otrzymują, ale z uwagi na środki ochrony osobistej, które depersonalizują personel, brak rodzin przy łóżkach i tę straszliwą samotność.

– I jak? – chce wiedzieć doktor Milena, gdy wszedłem do jej gabinetu.
– Nie wiem, nie widać ewidentnej przyczyny – odpowiadam zgodnie z prawdą, opisując, co zobaczyłem w USG. – Trzeba zrobić TK i wezwać chirurga na konsultację, tam jest dziwny zbiornik płynu w podbrzuszu – dodaję.

W tomografii u pacjentki opisano poszerzenie PŻW⁵, bez uchwytej przyczyny oraz dużego krwiaka mięśnia prostego brzucha, najpewniej jako powikłanie stosowania heparyny, którą musiała przyjmować. Dalej nie wiedzieliśmy, dlaczego wystąpiła u niej żółtaczka i już się nie dowiemy. Chora umarła kilkanaście godzin później.

#piątek 2 października

Dla większości ludzi piątek jest najbardziej wyczekiwany dzień w tygodniu. Piątek, piątunio... Synonim końca ciężkiej pracy i zbliżającego się relaksu lub weekendowego szaleństwa. Otóż nie dla mnie, przeważnie wtedy mam dyżur, a w tym tygodniu nawet dwa. Będę w pracy całą dobę w piątek i w niedzielę. Sobota jest więc stracona, zależnie od dyżuru, ale zawsze trzeba coś odespać, choć może akurat będzie lekko.

Sącząc poranną kawę, patrzę z okien mojego małego mieszkanka w starej kamienicy, jak leniwie słońce wstaje. Jedyny plus mieszkania na ostatniej kondygnacji to możliwość oglądania pięknych wschodów i zachodów słońca, ozłacających dachy okolicznych domów. To taka chwila dla mnie, zanim rzucę się w wir pracy i kolejnego dnia, żeby grzejąc ręce kubkiem gorącej kawy zatrzymać się i kontemplować piękno otaczającego nas świata. Zrobiłem w tym oknie kwietnik dla żony, co spowodowało mały konflikt z okupującymi dachy gołębiami. Z poprzecznej belki nad oknem, którą zamontowałem, zrobiły sobie „sralnię”. Plastikowy kruk przyklejony do dachu i specjalna listwa zabezpieczająca przed ptactwem przechyliły jednak szalę zwycięstwa na moją stronę. Teraz tylko czasem któryś z tych niechcianych gości zagrucha głośniej w moją stronę.

– Tato, co robisz? – pyta Kruszynka zaspanym jeszcze głosem.
– Piję kawę, kochanie, i szykuję się do pracy – odpowiadam z ziewnięciem.
– A czemu ciągle chodzisz do pracy? – dopytuje Zuzia.
– Muszę pracować, za pracę są pieniądze. Dzięki temu mamy mieszkanie, opłacamy rachunki i możemy na przykład kupować ci czasem słodycze. –

Uśmiecham się.

– Dobrze, tato.

Chwilę później, gdy wkładam buty, moja córeczka podchodzi się pożegnać.

– Tato? – pyta nieśmiało.

– Tak Zuziu?

– A skoro pracujesz, żebym miała słodycze, to nie możesz powiedzieć, żeby płacili ci w białych michałkach? – pyta, uśmiechając się łakomie.

– Lubisz je bardzo, co?

– Tak! – Podskakuje z radości.

– Wiesz co? Porozmawiam z szefem i zobaczę, co da się zrobić. Muszę już iść. Pa, pa – odpowiadam, całując w czółko córeczkę i wychodzę z domu.

Pewnie za chwilę obudzi swoją młodszą siostrę i mamę. Noc była kiepska – Ani idą zęby i gorączkuje do 39 stopni.

Cały personel oraz pacjenci mają pobierany drugi wymaz w celu sprawdzenia, czy zarazili się COVID-19. W ten sposób chcemy szybko wykryć i odizolować osoby z wirusem. Tak czy siak, jesteśmy „zamrożeni” do poniedziałku. W niedzielę zaplanowano ostatnie wymazy pacjentów, a w poniedziałek personelu. Jeśli wszyscy uzyskają wynik ujemny, to znaczy, że nasza koleżanka nikogo nie zaraziła. Będzie to też pośredni dowód na skuteczność maseczek chirurgicznych, bo je nosiliśmy non stop w kontaktach z pacjentami i między sobą. Każda maseczka zmniejsza ryzyko transmisji wirusa.

Domorośli internetowi eksperci twierdzą, że wirus jest wielokrotnie mniejszy od „porów” w maseczce, więc ta przed niczym nie chroni. Brzmi nawet logicznie, jednak to nieprawda. Po pierwsze – wirus potrzebuje nośnika, a tym jest zakaźny aerozol wraz z drobinkami śliny, które wydostają się z naszych ust i nosa, kiedy mówimy, kaszлемy czy kichamy, i spora część tego jest zatrzymywana właśnie na maseczce. Po drugie – jest takie pojęcie w chorobach zakaźnych, jak minimalna dawka zakaźna konieczna do zarażenia kolejnej osoby. To nigdy nie jest jedna cząsteczka wirusa czy jedna bakteria. A maseczki skutecznie zmniejszają dawkę zakaźną, jaką my eksponujemy do otoczenia oraz jaką przyjmujemy od innych. Trzeba je tylko nosić tak jak majtki, czyli zasłaniać wszystko, gdyż maska odsłaniająca nos jest jak majtki z wystającym z nad gumki przyrodzeniem. Może ktoś lubi, ale swojej funkcji nie spełnia.

Kolejne godziny w pracy, poza standardowym zrobieniem zleceń i korygowaniem leczenia, mijają mi na wykonywaniu telefonów. Muszę ustalić pacjentów, którym na internie więcej nie pomożemy, żeby przekazać ich do ośrodków o wyższym stopniu referencyjności, czyli klinik. Tam zazwyczaj napotyka się na opór „dlaczego do nas” i trudno dotrzeć do osoby decyzyjnej. W klinikach rzadko się zdarza, żeby zwykły lekarz ustalał przekazania, co jest na porządku dziennym w szpitalach powiatowych. Cóż kliniki, przynajmniej w moim regionie, mają wciąż „system feudalny”. Zatem z przekazywaniem pacjentów do klinik internistycznych mam złe doświadczenia. Ale za to specjalistyczne oddziały chirurgiczne biorą pacjentów bez większych problemów. Być może wynika to ze specyfiki oddziału i tego, że tam zazwyczaj wszystko dzieje się „na ostro” i nie można czekać, np. przy tętniaku rozwarstwiającym czy krwawieniu do głowy. W klinikach chorób płuc porażka – przekazanie pacjenta z narastającym płynem w jamie opłucnowej, którego muszę nakłuwać co 2–3 dni, z podejrzeniem w badaniach obrazowych międzybłoniaka opłucnej, spełzo na niczym. Przez dwie godziny odsyłają mnie „od Annasza do Kajfasza” pomiędzy swoimi oddziałami pulmonologicznymi – jedni nie mają miejsc, inni zamykają się, bo mają zakażenie COVID-em na oddziale, kolejni po prostu odmawiają i sugerują torakochirurgię jako właściwy oddział. Torakochirurgia proponuje pulmonologię i koło się zamyka. Po dwóch godzinach przełączania i tłumaczenia tego samego mam dość. A przecież pacjenta z podejrzeniem nowotworu, który produkuje tak dużą ilość płynu w krótkim czasie, powinno się szybko zdiagnozować, rozważyć możliwości leczenia i zahamować zalewanie opłucnej. Może zabieg talkowania opłucnej, aby powstrzymać gromadzenie płynu? Nie jest to coś na poziomie powiatu.

Poddaję się i dzwonię do ordynatora pulmonologii w mniejszym ośrodku – zaprzyjaźnionym. On nigdy nam nie odmawia i daje krótkie terminy. Nie chciałem jednak ich zbyt dociążyć, bo biorą od nas kilku pacjentów. Po krótkiej rozmowie dochodzimy do porozumienia i mogę chorego w poniedziałek wysyłać karetką. Zabieram się za kolejnego, tym razem wymagającego diagnostyki niewydolności wątroby i kwalifikacji przeszczepu. Udaje mi się to wstępnie ustalić, mimo że będzie to wymagało telefonu potwierdzającego rano w dniu przekazania. Poszło gładko, bo koleżanka już dzwoniła w sprawie tego pacjenta.

Na powiatowych internach, w przeciwieństwie do klinik, lekarze dyżurni podejmują decyzje o przyjęciu pacjentów, ale nie wiedzą, co im weekend przyniesie i ile będą mieć miejsc w poniedziałek, dlatego dziś nie ma sensu o to pytać. Normalne transfery będą masowo ustalać w niedzielę wieczorem.

W całym szpitalu brakuje miejsc COVID-owych, w Węzłowie i naszej lokalnej stolicy podobno też. „Zakaźny”, gdzie tylko mógł, tam wrzucił pacjentów. Neurologia tak samo, na „buforze”, gdzie sale były jednoosobowe, są teraz wciśnięte na styk dodatkowe łóżka. To jedyne w tym momencie dostawione łóżka i nie każde ma dostęp do tlenu, co w przypadku COVID-19 jest kluczowe. „Bufor” z założenia miał być lekkim oddziałem przyjmującym pacjentów skąpoobjawowych, ale np. wymagających COVID-owej stacji dializ, jaka jest u nas. Tymczasem przyjęta jeszcze koło południa pacjentka, mimo zapewnień kierującego ją lekarza, okazała się być w stanie ciężkim. Koleżanka, która do południa pracowała w „buforze”, ustaliła z doktor Mileną zamianę pacjentów – tę nową „ciężką” na kogoś lżejszego. Neurologia w tej chwili ma o wiele lepsze możliwości niż odizolowany w innym budynku „bufor” z lekarzem dyżurującym do piętnastej i internistą, który biega przez podwórko w tę i z powrotem między oddziałami.

Skrobiąc powoli jeden z wypisów, słyszę dźwięk służbowej komórki dyżurnego. Właśnie dzisiaj otrzymaliśmy aparat telefoniczny, dzięki któremu można złapać dyżurującego lekarza przemieszczającego się między budynkami i oddziałami. Pierwszy telefon jest od doktor Mileny z neurologii.

– Cześć, masz high-flowa? Ta nowa „siada” oddechowo – mówi szybko, wyraźnie się spiesząc.

– Wy macie naszego high-flowa, ostatnio pożyczałem z OIOM-u. Na razie są tylko trzy w szpitalu.

– Okej. To już do nich dzwonię – odpowiada energicznie.

– A co z nią? Co się dzieje? – dopytuję.

– Narasta jej niewydolność oddechowa, nie trzyma saturacji 70% na 15 litrach tlenu, D-dimery wystrzeliły w kosmos z pięciu na dwanaście tysięcy dzisiaj. Ma pełną dawkę leczniczą heparyny, ale wiesz, nie spełnia kryteriów tocilizumabu. Może iść w sepsę do tego... Nie jest bardzo obciążona i jest młoda – nie ma nawet sześćdziesiątki.

– Pomóc ci jakoś? – pytam.

– Nie, dam radę, chyba że masz osocze ozdrowieńców grupy zero, nigdzie nie ma. Ściągam dla niej z Pomorza.

– Co? Przecież to ponad trzysta kilometrów stąd – dziwię się.

– No i tylko jedną jednostkę, nie ma i już. Nie wiem, kiedy przyjedzie. Dzisiaj jest masakra. Osocza ozdrowieńców po prostu nie ma – odpowiada zmęczonym głosem.

Nieco później zmierzam na pediatrię, pielęgniarki powiadomiły mnie, że przyszło zamówione osocze (właśnie rozmrożono pierwszą jednostkę) dla 54-letniej kobiety w dość dobrym stanie, na wąsach tlenowych z kilkoma litrami przepływu osiągała 95% saturacji, jest dializowana. Miała dzisiaj epizod nasilonej duszności i kaszlu. Poza tym skarg nie zgłasza. Sprawdzam numer donacji osocza i grupę krwi... Osocze ozdrowieńców grupy zero.

Cóż, w nocy albo jutro dojedzie to zamówione osocze, ta pacjentka może poczekać, ta na neurologii nie, myślę, chwytając za telefon.

– Milena, mam osocze ozdrowieńców grupy zero już rozmrożone, koleżanka zamawiała na „bufor”. Moja pacjentka się trzyma, może zrobimy zamiankę? Weźmiesz te dwie jednostki osocza dla tej „ciężkiej”, a moja dostanie tę jedną jutro, po dializie, jak dojedzie? – pytam koleżankę.

– Super, już dzwonię do serologii, aby załatwić formalności. Przyślę kogoś po nie – mówi doktor Milena.

– Nie, przyniosę, spokojnie. Poza tym i tak muszę z tobą pogadać – odpowiadam i się rozłączam.

Drepczę wieczorem przez podwórko z życiodajnym płynem. Księżyc pięknie świeci, ale noce zaczynają być mroźne. Przypominają mi się marcowe wieczory, kiedy biegałem na izbę. Tylko teraz jest zdecydowanie gorzej. Jedyny pozytyw, że nie przywożą każdego z kaszlem i nie wpadamy w takie pułapki jak wcześniej. Pacjentka z podejrzeniem COVID, a zamiast tego całe płuco zalane ropą. Ta patologia z odsyłaniem wszystkich się skończyła, jak tylko wprowadzono obowiązek diagnostyki w strefach buforowych szpitali. Teraz wysyłają nam jedynie dodatnich pacjentów i zazwyczaj dzwonią ustalić. Nikt nie chce się bujać w skażonej karetce całą noc i szukać miejsca w województwie. Liczba chorych dodatnich rośnie w zastraszającym tempie.

– Jak sytuacja? – pytam doktor Milenę po dotarciu do dyżurki neurologii i przekazaniu osocza.

– Serologia już działa, za chwilę będziemy mogli toczyć. No, ogólnie jest ciężko. Tak jeszcze nie było, psują się na potęgę – odpowiada koleżanka smutnym głosem.

– A o co chodzi z tym nożownikiem? – pytam, ponieważ ciekawość mnie zżera.

– Nożownikiem? Skąd wiesz...? – Spojrzała na moją minę i machnęła ręką. – Jakim znowu nożownikiem... – Na jej twarzy pojawił się niewielki uśmiech, widać, jak bardzo jest zmęczona dzisiejszym dniem. – Zresztą opowiem od początku. To mężczyzna z niewielkim otępieniem, po udarze. Nie mamy kamer na tej sali, więc pielęgniarki zastały go, jak stał ubrany jak do wyjścia do domu z nożem, takim ząbkowanym do smarowania chleba, i on tym nożem odciął od siebie te nowe elektrody od kardiomonitora. Oddał go grzecznie pielęgniarkom, a te zawołały mnie, żebym to zobaczyła, po czym spokojnie zaprowadziły pacjenta do łóżka – opowiada neurologka.

– I to wszystko? – dopytuję, bo słyszałem nieco inną wersję.

– No nie wszystko, bo pan Marian był bardzo pracowity. Nożem odciął pilota od tego nowego łóżka, więc albo jest w pozycji siedzącej, albo płasko jak do reanimacji. Wiesz, wydaje mi się, że jemu wydawało się, że jest w pracy, bo z zawodu był elektrykiem. Rozmontował wszystkie gniazda i dzwonek do wzywania personelu. Zdemontował ze ściany podajnik papieru i lustro. A kiedy kładliśmy go do łóżka i chcieliśmy pomóc przebrać się w piżamę, zobaczyliśmy, że zza paska wystaje mu urwana rura od kranu. Wcześniej żył tak trochę jakby w swoim świecie, ale tego się nie spodziewałam. I zrobił to w naprawdę krótkim czasie, między wizytami pielęgniarek na sali. Musiał uwijać się jak mróweczka – ciągnie swoją opowieść koleżanka, a ja próbuję sobie wyobrazić minę personelu, który wchodzi do sali i widzi taką scenkę. – To nie wszystko, obok leży taki starszy pacjent z silną demencją. Generalnie proste rzeczy mówi, ale jest totalnie odjechany, np. bierze kabel od kroplówki i dzwoni do generała. I ten pacjent mówi do nas, że ten drugi to mu w majtkach grzebał. Odkrywamy pościel, a tam pampers rozbebeszony i dużo ekskrementów. „Proszę pana, to zupełnie niemożliwe, pan Marian nie mógł tego zrobić, ma zupełnie czyste dłonie, a kran jest zepsuty” – mówię do pacjenta. A poza tym, wiesz, faktycznie poza pampersiem i łóżkiem żadnego śladu brudu nie widać. I wtedy pacjent spojrzał mi prosto w oczy i zupełnie logicznie powiedział: „Bo on rękawiczki założył”.

– I co sprawdziliście w śmietniku? – Cała sytuacja jest na poziomie takiej abstrakcji, że nie wiem, czy zachować powagę, czy się roześmiać.

– No nie, bo worki po sprzątaniu sali już popakowane. Zresztą nie chcę wiedzieć – odpowiada doktor Milena.

– Wiesz... – próbuję ją pocieszyć. – Mnie kiedyś pacjent zawołał, żeby powiedzieć, że ktoś mu do łóżka narobił. Co oczywiście było połowiczną prawdą, bo narobione było, ale winowajca leżał na tym łóżku i mnie wzywał – opowiadam, pozwalając sobie na lekki uśmiech, aby podnieść koleżankę na duchu.

Rano dowiaduję się, że stan pacjentki po przetoczeniu osocza zaczął się stabilizować i nie pogarsza się, w kolejnych zaś dniach następowała stopniowa poprawa.

Wracając do domu, zahaczam o sklep spożywczy, a w zasadzie cztery sklepy. Dopiero w czwartym, uzbrojony w maskę i rękawiczki, znajduję białe michałki. Zuzia się ucieszy.

#

Wieczorem, jak to bywa w domu, nieco dla odmóżdżenia, a nieco z ciekawości przeglądam media społecznościowe. Wspominałem już wcześniej, że bardzo wkurzają mnie teleporady oraz sposób traktowania pacjentów przez POZ-y. No to absurdu ciąg dalszy.

Nie tak dawno odwiedzili nas przedstawiciele handlowi reklamujący i zachwalający akurat swój lek na nadciśnienie czy betabloker, który jest jedną i tą samą substancją od lat, w postaci dziesiątek różnych generyków. Swoją drogą, podoba mi się system brytyjski, w którym lek ma nazwę substancji chemicznej np. amlodypine i firma dodaje swoje logo, a nie prześciga się w wymyślaniu pierdyliardu chwytliwych nazw.

Otóż przedstawiciele tej firmy opowiadali, że swoją wizytę w jednym z POZ-ów przeprowadzali tak, że stali na parterze, a z pierwszego czy drugiego piętra wychylał się lekarz i z nimi rozmawiał. Gdy zaś potrzebowali pieczętki potwierdzającej wizytę, opuścił im koszyk na sznurku, wciągnął, podbił kartkę i ponownie opuścił. Subtelne i eleganckie, biorąc pod uwagę to, co się dzieje w pewnym mieście, w podkarpackim – w Tarnobrzegu. Sprawę po raz pierwszy poruszył portal nadwisła.24.pl po prośbie o interwencję od pacjentki. Otóż w dużym skrócie po uzyskaniu teleporady i teleskierowania do poradni czy szpitala⁶ pacjenci muszą iść na

zaplecze i przy pomocy kija uderzać w wyznaczony parapet, który jest dość wysoko, skąd po podaniu danych otrzymują skierowanie. Podobno zanim sprawę nagłośniono, trwało to dobrych kilka miesięcy.

Czy może być gorzej? Ano tak, po nagłośnieniu sprawy, ktoś zabrał kij. Teraz prawdopodobnie trzeba mieć własny...

#niedziela 4 października

Wszystkie znaki na niebie i ziemi sprawiały, że miałem prawo sądzić, że dyżur będzie spokojny. Zapowiadało się porządkowanie dokumentacji przed transferem ostatnich parunastu stabilnych pacjentów, ustalenie przez telefon miejsc dla tych, co jadą do okolicznych oddziałów wewnętrznych, pobranie wszystkim ostatniego kontrolnego wymazu. Nie ma przyjęć z powodu braku miejsc na „buforze” i relokacji pacjentów z oddziału. Idealny scenariusz na nudny dyżur spędzony na „papierologii”. Jak następnym razem pomyślę, że dyżur zapowiada się dobrze, bo w zasadzie nic nie może się wydarzyć, to uszczypnę się i odświeżę twarz dużą ilością lodowatej wody. Bo kiedy myślisz, że wszystko idzie po twojej myśli, to znaczy, że o czymś jeszcze nie wiesz.

Na oddziale wewnętrznym wszystko w porządku, niczyj stan się nie pogorszył, nikt nie zgłaszał niepokojących objawów, nie było istotnych i innych niż spodziewane odchyłeń od stanu prawidłowego w badaniu fizykalnym. Szybka wizyta na „buforowym”, który ma być wersją „light” nowo powstającego COVID-owego. Spora część to chorzy skąpo- i bezobjawowi, ale hospitalizowani, bo wymagają hemodializy w zakaźnej stacji dializ.

Od piątku nie ma już COVID-owych miejsc w szpitalu. Niektórzy pacjenci leżą w „buforze” po dwóch w pojedynczych salach. Ale jest epidemia, więc maksymalne dostawianie łóżek niedługo będzie standardem. Na razie na oddziale wewnętrznym nie możemy położyć nikogo z wynikiem dodatnim, bo nikt nie przyjmie naszych ujemnych pacjentów ze względu na kontakt z zakażoną osobą. Od poniedziałku szykujemy się na szturm, po wypisaniu ostatniego negatywnego pacjenta.

Na oddziale buforowym pacjenci są w różnym stanie. W pierwszej sali leży niemłoda już kobieta, czuje się świetnie, choć narzeka na szpitalne jedzenie. Jest dializowana, musi być z nami do czasu uzyskania ujemnych wyników i uznania jej za ozdrowieńca, wtedy powróci do macierzystej

stacji dializ. W kolejnej sali też znajduje się pacjentka dializowana, wiek około 50 lat, bez dolegliwości, czyta książkę i trochę narzeka na izolację. Uważa, że wirus to nadmierna panika i robienie szumu o nic. Dla niej to zwykłe przeziębienie, mimo zajęcia 20% płuc w tomografii nie desaturuje, zdarza jej się czasem zakaszleć, a węch i smak powoli wracają. Nie docenia tego, jakie ma szczęście. Dalej zaglądam do dwóch mężczyzn, starszy z otępieniem, leżący cichutko na łóżku pod tlenem, na razie stabilny, młodszy trzydziestoparolatek, bez obciążeń, za to zlany potem, boli go podczas oddychania w klatce piersiowej, w obecnym przepływie tlenu ma 92% saturacji. Uspokajam go i zwiększam przepływ tlenu.

– Doktorze, to normalne? Nie mogę nabrać powietrza, tak jakbym miał blokadę. Nabieram głęboko, a moje płuca nie są pełne – mówi z lękiem w oczach.

Ośluchuję go, ale przez fonendoskop słyszę jedynie trzeszczenia związane z zajęciem przez COVID płuc. Nie ma innych zmian mogących świadczyć o dodatkowej obturacji², leki rozkurczające oskrzela mu nie pomogą. COVID-19 prowadzi do śródmiąższowego zapalenia płuc, a więc do choroby restrykcyjnej, która powoduje zmniejszenie czynnościowej pojemności płuc. Przekładając to z języka medycznego na normalny, problemem nie jest to, że drogi oddechowe się zwężają i do płuc wchodzi mniej powietrza, tylko to, że wchodzi go tyle samo co zawsze, ale tkanka płuca jest stopniowo zajmowana i wyłączana z wymiany gazowej. Przyrównując powietrze do samochodów, a tlen do ludzi, to w astmie tworzy się korek, przez który część ludzi nie jest w stanie zdążyć do pracy. W przypadku COVID-a drogi są dobrze przejezdne i wszyscy docierają na miejsce, tylko niektórzy nie mają gdzie pracować, bo im firmy tymczasowo zamknięto lub trwale zniszczono.

– Będzie dobrze, panie Dariuszu – mówię, patrząc mu w oczy. – Jest pan w 5.–7. dniu od rozpoczęcia objawów, to zazwyczaj najgorszy okres choroby, jak to pan przetrzyma, to potem będzie lepiej.

– Dziękuję, doktorze. A czy wiadomo, jak wirus wpływa na płód? – zaskoczył mnie pytaniem pacjent.

– Wie, pan, to dość nowy wirus, nie wszystko jeszcze wiadomo. Poza tym, szczerze mówiąc, nie szukałem takich doniesień, nie zajmuję się ciężarnymi pacjentkami. Czemu pan pyta?

– Moja żona jest w ciąży, bardzo chcieliśmy mieć dziecko i wreszcie się udało. Boję się o nią, ona jest dodatnia. Niedługo ma termin. Dziecko też

będzie chore? Też się będzie dusić jak ja? – pyta pacjent.

– Z tego, co wiem, koronawirus nie przechodzi przez łożysko i ryzyko transmisji z matki na dziecko jest niewielkie. Dzieci z reguły przechodzą go lekko lub bezobjawowo. Jak z noworodkami to nie wiem... – odpowiadam zgodnie z prawdą. – Niemniej karmione piersią powinno dostawać przeciwciała w mleku matki. To trochę jak naturalne osocze ozdrowieńców – dodają szybko, aby nieco uspokoić pacjenta.

– Dziękuję za informację – odpowiada pacjent, a ja widzę, że jest psychicznie podłamany.

– Będzie dobrze, gdyby duszność się nasilała, proszę zgłosić pielęgniarce, niezwłocznie do pana przyjdę – zapewniam, zbierając się do wyjścia z sali.

Szczerze mówiąc, pacjent poruszył temat, który wydaje się ciekawy, do tej pory poza strzępkami informacji o COVID-zie w ciąży, jakie przypadkiem gdzieś przeczytałem, nie zgłębiałem tego zagadnienia. Postanowiłem po powrocie do domu poszukać czegoś na ten temat, zaspokoić zarówno swoją świeżo rozbudzoną ciekawość, jak i podzielić się później wiedzą z pacjentem.

– Doktorze, na „49”! – krzyczy pielęgniarka z końca korytarza. – Zerwał sobie maskę i ma 53% saturacji.

Przemierzam szybko korytarz i wpadam do sali, odczyt monitora jest jasny, pacjent ma ostrą niewydolność oddechową. Pobudzony, kilka minut wcześniej zerwał maskę z rezerwuarem w przepływie 15 litrów na minutę. Oddechów chyba jest ze 40 na minutę – dużo, nie mam czasu liczyć, monitor raczej się nie myli. Rzucam okiem na szybko unoszącą się i opadającą klatkę piersiową pacjenta. Zakładam mu ponownie maskę i proszę o podanie niewielkiej dawki morfiny dożylnie, aby ograniczyć uczucie duszności. Na 15 litrach nie dochodzi do 80%.

– Duszę się... Brakuje mi powietrza... – wypowiada słowa chory z olbrzymim trudem.

Odkręcam zawór w ścianie do oporu, metalowa kuleczka w reduktorze niezmiennie pokazuje 15 litrów, ale bulgotanie wody w pojemniku nawilżającym jest zdecydowanie głośniejsze. Nie wiem, jaki to ma teraz przepływ, bo maksymalny wskaźnik to 15 litrów, ale powoli saturacja zaczyna podnosić się i osiąga prawie 90% wysycenia tlenem.

Pacjentowi pogarszało się już wcześniej, ale ze względu na wiek i choroby współistniejące nie kwalifikował się na intensywną terapię

(decyzja dyżurnego anestezjologa) – 88 lat, leżący, niewydolność serca w skali NYHA III/IV i otępienie starcze. Z tym, że patrzy na mnie świadomie i mówi, że się dusi. To też widać. Liczba oddechów w tym przepływie tlenu nieco spadła i jest mu trochę lepiej. Rokowania są „wysoce niekorzystne” – mój ulubiony eufemizm, na to, kiedy uważam, że człowiek umrze, a nie jest jeszcze w stanie agonalnym. Pobieram gazometrię tętniczą, podaję dodatkowe leki, sprawdzam, czy saturacja się podniesie do poziomu, który by mnie zadowalał na tę chwilę, czyli powyżej 90%. Nie podnosi się. Proszę o kolejną konsultację anestezjologiczną, ocena wskazań do OIT się nie zmieni, ale chcę założyć pacjentowi aparat do wentylacji nieinwazyjnej, bo wszystkie high-flow w szpitalu są zajęte. Czekam na anestezjologa, a pielęgniarka przynosi NIV. Maskę tego urządzenia będzie przylegać szczelnie do twarzy i dodatkowo dotłaczać powietrze do płuc, wytwarza się dzięki temu dodatnie ciśnienie oddechowe i wspomaga to wymianę gazową, a także odciąża mięśnie oddechowe.

Pacjent drugi raz nie zostaje zakwalifikowany na leczenie w OIT, więc NIV to jedyny sposób intensyfikacji leczenia, na który mogę sobie pozwolić.

Ludzie, jak tylko nabiorą sił, często kłócą się z wentylacją NIV. Wcześniej walczyli o każdy oddech, teraz maszyna pozwala im nieco odpocząć i przejąć część wysiłku oddechowego na siebie.

Ostatnie trzy godziny spędziłem w kombinezonie, a nie obejrzałem jeszcze wszystkich pacjentów. Jestem cały złany potem. Przypominają mi się komentarze niektórych znajomych na Facebooku, którzy nie wierzą w pandemię – w zasadzie to byli znajomi, ostatnio mam niską tolerancję na ignorancję i głupotę. Są całe fora epatujące skrajnym debilizmem „COVID komisja śledcza”, „Covid-1984, otwórz oczy”, „Nie damy się zniewolić plandemii” i tego typu bzdurne hasła. Ludzie organizują mitingi bez maseczek albo masowo umawiają się na zakupy bez maseczki na twarzy. Szczyt ignorancji i głupoty. Antymaseczkowcy, foliarze od 5G, antyszczepionkowcy i płaskoziemcy, dodajmy do tego stowarzyszenie STOP ZET⁸ i osiągamy poziom zidiocenia, który jeszcze parę lat temu byłby uznawany za niezbyt wyrafinowany żart.

Jeden z najwybitniejszych ludzi XX wieku powiedział kiedyś: „Tylko dwie rzeczy są nieskończone: Wszechświat oraz ludzka głupota, choć nie jestem pewien co do tej pierwszej”. Albercie, nie żyjesz już tyle lat, a twoje słowa są tak samo aktualne jak wtedy.

Swoją drogą czasem zastanawiam się, gdzie by była ewentualna granica dla teorii spiskowych. Na razie nie przychodzi mi nic do głowy. Jeden z lekarzy w komentarzu internetowym dowcipnie zauważył, że gdyby w 2021 wybuchła pandemia sruczki i wszyscy nosiliby pampersy zamiast maseczek, to na pewno pojawiliby się zaraz antypampersowcy wołający robić to pod siebie. A rząd w ich ocenie wykorzystywałby wywołanie defekacji w celu gromadzenia danych o obywatelach... lub byłoby to ogólnościatowe lobby branży pampersiarskiej.

Patrzę na pacjenta, jest nieco spokojniejszy. Saturacja 93% na NIV-ie i 24 oddechy. Jest lepiej, ale przy jego obciążeniu nie wierzę w przełamanie, nie ma szans. Dwa dni temu był przekazany z oddziału neurologicznego za pacjentkę w stanie ciężkim, wtedy oddychał normlanie i bez tlenu. Kończę wizytę, ordynuję kolejną niewielką dawkę morfiny na duszność i wracam na internę. Mam tam sporo papierkowej roboty, a najbliższe godziny spędzę na telefonie, próbując ustalić przekazania na jutro.

Jak zwykle do Leniwca nie da się dodzwonić, po przebrnięciu przez centralę i milion numerów wewnętrznych nikt nie odbiera, próbuję wielokrotnie. Trudno, jutro też jest dzień i może ktoś inny odbierze, a rano ostatnią dwójkę pacjentów przekażę dalej.

Kończąc kolejny wypis, odbieram telefon – pacjent rozerwał rurę od NIV. Zazwyczaj zrywają maski z twarzy, ten zniszczył całą rurę, cóż trudno, wrócił na worek z rezerwuarem. Idę szybkim krokiem na oddział z zapasową rurą pod pachą i zastanawiam się, czy jest sens próbować jeszcze raz z NIV-em, w końcu brak współpracy jest przeciwwskazaniem, a pacjent nie rokuje poprawy. Jego saturacja jest coraz gorsza. Chory kategorycznie odmawia podłączenia do maszyny, przychyłam się do jego prośby – skoro jest zdyskwalifikowany i nie trafi na OIT, to i tak nic nie zmieni, a jego wola jest ważniejsza. Dzwonię po raz ostatni do anestezjologów, tym razem nie w sprawie konsultacji, tylko poradzić się, jak uspokoić pacjenta, aby zapewnić mu większy komfort w ostatnich chwilach.

– Doktorze, chcę się tylko poradzić w sprawie sedacji, czym obniżyć duszność i zmniejszyć lęk... Dostaje teraz morfinę – wyjaśniam.

– Tylko morfinę, wysyć go na tyle, żeby nie czuł duszności i był spokojniejszy, ale żeby nie siadł oddechowo i rozpisz dawkowanie co cztery godziny.

– Dziękuję – odpowiadam.

Nie dowiedziałem się niczego nowego, ponadto co sam wiedziałem. Na co liczyłem? Jestem trochę bezsilny w tej sytuacji, została mi stara dobra „MFka”⁹. Choć dotychczas nie miałem sytuacji w swojej karierze, żeby dawkować ją w niewydolności oddechowej. Owszem przeciwbólowo w rozsianych procesach nowotworowych czy doraźnie w duszności. Ale nie kiedy pacjent skrajnie się dusi.

Morfina działa przeciwbólowo i obniża uczucie duszności, jednak w zbyt dużej dawce tłumi ośrodek oddechowy i powoduje depresję oddechową¹⁰. Wymierzyłem potrzebną ilość morfiny, podając niewielkie bolusy dożylnie co 10–15 minut, na tyle żeby pacjent nie cierpiał i nie odczuwał duszności z kolejnymi dawkami co cztery godziny. Zawór z tlenem zostawiam odkręcony na najwyższy przepływ. Odwiedzę pacjenta jeszcze kilka razy w ciągu tej nocy, patrząc na jego pogarszające się parametry. Zdyskwalifikowany z OIT, ale nie z opieki i komfortu umierania. Koronawirus wciąż będzie zjadał jego płuca, aż wykonają ostatni oddech, ja zaś sprawię, żeby jak najmniej odczuwał duszności i strach. Odejdzie bez bólu i strachu.

Dzień się jednak nie kończy, tuż po drugiej w nocy otrzymałem informację o tym, że konieczna jest interwencja u dwóch pacjentów. Młody mężczyzna odczuwał silną duszność, a innego bolał brzuch, a chodziło o biodro. Brzuch był mięciutki i niebolesny, gniotłem go, macałem, potrząsałem zarówno powierzchownie, jak i głęboko, ale żaden z objawów noszących nazwiska dawnych pionierów medycyny¹¹ się nie objawił. Na ważne pytania o stolec i odchodzenie gazów pacjent odpowiadał twierdząco. Najbardziej bolała go kość biodrowa. W TK jamy brzusznej z kontrastem u tego chorego znaleźliśmy dużego guza nerki o średnicy prawie siedmiu centymetrów, do tego prawdopodobnie z przerzutami do węzłów chłonnych.

Nie ma po co wzywać chirurga, może go ciągnie od tego guza? A może ma przerzuty do kości?... Nie wiem... – pomyślałem, przepisując lek przeciwbólowy. Na internie nie ma dnia, żeby kogoś coś nie bolało, a tu nie ma nic niepokojącego.

Wracam do papierologii, choć czuję piasek pod oczami i czytam po dwa razy to, co napisałem, żeby nie strzelić jakiegoś okropnego babola. Marzę, żeby się położyć na wersalce w naszym nowym socjalnym. Kiedyś był tam gabinet do próby wysiłkowej i EKG, ale teraz wszystko przerobiono, żeby

maksymalnie dużo pacjentów dodatnich pomieścić na oddziale, więc nasz socjalny z łazienką przepadł, przekształcony na kolejną salę dla chorych.

O wpół do czwartej nad ranem dokumentacja wyglądała jako tako, pacjenci posegregowani – leżący z siedzącymi – tak aby mogli jechać po dwoje jedną karetką. Uzupełniłem również rzeczy, które zazwyczaj ogarnia sekretarka medyczna oraz załączyłem wcześniej zamówione przeze mnie płyty z badaniami obrazowymi z pracowni. Rano tuż przed ósmą rozpocznie się exodus pacjentów i nie będzie czasu. Musi przebiegać sprawnie.

Ledwie przyłożyłem głowę do poduszki, a moja świadomość niczym wątyły płomień świecy pod wpływem intensywnego podmuchu mroku zgasła, zapadłem się w błogi niebyt. Tak szybko jak się wyłączyłem, wybudził mnie dźwięk służbówki. Nie potrzebuję czasu na otrzeźwienie, umysł przyzwyczajony do pracy na maksymalnych obrotach momentalnie przyspiesza, odganiając senność.

– Tak? – pytam.

– Doktorze, pacjent z czterdziestej trzeciej osunął się z łóżka i tak dziwnie oddycha, jakby się miał zatrzymać, jest nieprzytomny.

– Zabezpieczcie drogi oddechowe rurką ustno-gardłową, zmierzcie cukier i ciśnienie. Jak się zatrzyma, to zaczynacie beze mnie. Będę za trzy minuty.

Łapię naszykowane na krześle maskę do nurkowania¹² i słuchawki. Zawsze odkładam je blisko, nawet jak mam wrażenie, że jest spokojny dyżur, bo nigdy nie wiadomo, kiedy cenne minuty będą decydować o ludzkim życiu. Po szpitalu się nie biega, bo wzbudza to niepotrzebny stres i niepokój, że dzieje się coś niedobrego, np. zatrzymanie krążenia. No więc puściłem się sprintem przez korytarz, a potem podwórko szpitalne, mroźne nocne powietrze wdzierało się do moich płuc, orzeźwiająco kłując i sprawiając, że czułem każdy oddech. Musiałem przebiec około 100 metrów między dwoma oddziałami do „buforu”, który miał być pieprzoną wersją „light” oddziału COVID-owego. Tacy hotelowi pacjenci, dializowani bezobjawowi i inni skąpoobjawowi, nieproblematiczni. Najwyraźniej nawet w Hiltonie zdarzają się zatrzymania. Teraz trzeba ocenić sytuację, jeszcze nie wiem, czy pacjent właśnie umiera. Od telefonu mija może minuta, może dwie, kiedy w kantorku zaczynam zakładać kombinezon. Olewam totalnie ochraniacze na buty, których już nie ma i planowo robi się je z worków na śmieci, nie ma na to czasu. Zakładam kombinezon, moją maskę i 2 pary rękawiczek, zabiera mi to cenne sekundy,

ale muszę, reanimacja jest jedną z najbardziej ryzykownych procedur medycznych, podczas których może dojść do transmisji koronawirusa. Biorę telefon w rękę – trudno potem się go odkazi.

To ten mężczyzna, który skarżył się na ból biodra, leży teraz w pozycji bocznej ustalonej z rurką ustno-gardłową i maską z tlenem o maksymalnym przepływie. Oddycha, a raczej łapie płytkie oddechy... Widziałem to już nieraz „status pre-mortem”, jesteśmy tuż przed śmiercią, a pacjent zaraz się zatrzyma. Osłuchuję go, jednocześnie wykręcając numer dyżurnego anestezjologa i przełączając telefon w tryb głośnomówiący. W tym czasie wydaję dyspozycje szykowania zestawu do reanimacji. Pielęgniarki biegną po wózek reanimacyjny. Wszystko musi być na miejscu: adrenalina, AMBU¹³...

– Doktorze, tu Tomek, dzwonię z pediatrii, mamy zaraz zatrzymanie w czterdziestej trzeciej, pacjent COVID plus, nie wiem dlaczego. Nie, nie jest to ten zdyskwalifikowany – uprzedzam pytanie.

Po drugiej stronie jest doświadczony anestezjolog, który pomagał mi wielokrotnie.

– Macie respirator?

– Nie, nie mamy. Tu mieli być pacjenci w lżejszym stanie – odpowiadam szybko.

– Już idę, tylko wezmę „Karinę”¹⁴ – mówi i się rozłącza.

Oceniam ponownie pacjenta. Mimo że minęło kilkanaście sekund, jego stan dramatycznie się pogorszył, właśnie wydaje ostatnie dwa oddechy.

– Mamy zatrzymanie! – wołam do najbliższej pielęgniarki.

– Niech pani dzwoni na triaż¹⁵ SOR-u i przełączy w tryb głośnomówiący – mówię do drugiej, dyktując numer z pamięci.

Rozpoczynam masaż. Rytmiczne uciśnięcia klatki piersiowej na głębokość 4–5 cm. Częstotliwość około 100 uderzeń na minutę. Przy szóstym albo siódmym uciśnięciu łamię mostek, zdarza się, choć chrupnięcie kości rozlega się tak, że pielęgniarka obok aż się wzdrygnęła. Nie jest przyzwyczajona, na pediatrii zatrzymania to rzadkość, a reanimacja dziecka jest inna.

– SOR, słucham? – Rozlega się w telefonie.

– Tu Tomasz z interny, mam zatrzymanie na pediatrii, potrzebuję jednego ratownika. Pacjent jest otyłym mężczyzną, a mam tylko dwie pielęgniarki, potrzebuję kogoś do akcji reanimacyjnej.

– No dobrze, ale...

– Niech pani poprosi chłopaków, na pewno któryś przybiegnie. Dziękuję
– kończę rozmowę i dalej masuję pacjenta.

Zmieniamy się z pielęgniarką od podaży leków, jestem cały zlany potem i rozpływam się w kombinezonie.

– Niech pani na chwilę przestanie – mówię. Uciskam tętnicę 5 sekund, ale czuję, że nie ma nic. – Nie ma, działamy – wydaję polecenie pielęgniarce. Przejmuję AMBU od drugiej. Masujemy i wentylujemy dalej. – Za szybko... Wolniej – rzucam do uciskającej klatkę pielęgniarki.

Kiedy skacze adrenalina, zaczynamy szybciej uciskać klatkę, szybciej nie znaczy lepiej, wytyczne mówią 100/minutę, ale w ferworze walki można przesadzać. Trzeba znaleźć dobry rytm i dla siebie, i dla pacjenta, tak żeby nie wypompować się po minucie wysiłku, a żeby pacjentowi zapewnić regularny skurcz i rozkurcz komór, żeby dać czas na napłynięcie krwi. Mój kolega, który uczył mnie pierwszych reanimacji, powtarzał, że za szybko to tak samo źle, jak za wolno. Ma być w rytmie 100/minutę, a idealnym rytmem do uciśnięć klatki jest Bee Gees „Stayin’ Alive”. Wystarczy nucić sobie w głowie piosenkę i uciskać w jej rytm klatkę. Jestem niepoważny? Nie szkodzi, jeśli to mi pozwoli wykonywać uciski klatki, jak należy. Swego czasu „The British Heart Foundation” prowadziło kampanię reklamową z Vinniem Jonesem, który uczył reanimować w rytm piosenki. Łatwo sprawdzić, w internecie nic nie ginie. Cóż jeśli coś jest głupie, ale działa, to wcale nie jest głupie.

Przybiega ratownik z SOR-u już przebrany, jest szybciej od anestezjologa, ale tamten musi przytaszczyć respirator.

– Weź z pomieszczenia na końcu korytarza AED¹⁶ – rzucam szybko.

Po chwili pojawia się z małą walizeczką, niestety tu nie mamy lifepacka. Rozpakowuje mały defibrylator, to niewielkie idiotoodporne urządzenie, które wisi w różnych miejscach. Ma krótką opatrzoną dużymi obrazkami instrukcję, narysowaną tak, że nawet nie umiając czytać, wiesz, co zrobić. Takie urządzenia czasem spotyka się w Biedronce albo w galeriach handlowych. W zasadzie powinny być w każdym miejscu, gdzie statystycznie w ciągu 5 lat nastąpi minimum jedno zatrzymanie krążenia. Może się to zdarzyć w miejscach takich jak schronisko w drodze na Giewont. Tak jest to wyliczone. Ekonomia to bezlitosna nauka opierająca się na bilansie zysków i strat. Statystyczne uratowanie czyjegoś życia raz na 5 lat lub sprawienie, że nie będzie kaleką, jest tańsze dla państwa, niż kupno i utrzymywanie AED w gotowości przez ten czas. Straszne, ale ktoś to

kiedyś musiał policzyć i oznacza to, że dla urzędników i ekonomistów życie ludzkie ma ogromną, choć mierzalną w konkretnych pieniądzach wartość. Dla mnie natomiast jest bezcenne.

Ratownik przykleja elektrody, a ja zmieniam pielęgniarkę w uciskaniu klatki.

– Analiza rytmu, nie dotykaj pacjenta – rozlega się donośny głos z defibrylatora zaraz po przyklejeniu elektrod.

Przestałem uciskać klatkę i odsunęliśmy się od chorego.

– Defibrylacja zalecana. – Znowu głos z urządzenia.

– Strzelamy – mówi ratownik i zerka okiem, czy nikt nie dotyka pacjenta.

Ciało lekko drgnęło. I tyle, żadnych spektakularnych zmian jak na filmach.

– Rozpocznij reanimację – proponuje ponownie skrzyneczka.

Uciskam klatkę piersiową. Powoli przestaję widzieć, pot spływa mi po twarzy, a oddech robi się cięższy z wysiłku, dodatkowo oddycham przez filtry do respiratora w mojej masce, a więc opór powietrza przy wciąganiu go do płuc jest większy.

– Analiza rytmu. Defibrylacja niezalecana. Rozpocznij reanimację. – Po trzech minutach skrzyneczka wydaje znowu polecenia.

Sprawdzam tętno – brak.

– Adrenalina i popchnij solą – rzucam do pielęgniarki, która przez zaparowaną maskę ledwo widzi na oczy, u mnie jest tylko nieco lepiej.

Wchodzi anestezjolog i przejmuje dowodzenia. Dalej uciskamy klatkę piersiową pacjenta, ale to anestezjolog wydaje polecenia. Intubuje chorego i akcję prowadzimy jeszcze przez dobre 45 minut. Bezskutecznie. W końcu jest decyzja o zakończeniu reanimacji. EKG pokazuje wciąż prostą linię. Stwierdziłem zgon chorego.

Dziękuję doktorowi i ratownikowi z SOR-u. Patrzą, jak zbierają swoje rzeczy i odchodzą w milczeniu. Nikt nie lubi przegrywać z paskudną kostuchą, a my na krótką chwilę stworzyliśmy zespół, który razem walczył o życie tego pacjenta.

Kiedy opowiadam znajomym o mojej pracy, to często słyszę pytania: „Miałeś jakiś zgon?”, „Dużo miałeś zgonów?”. Ludzie są ciekawi, a ciekawi ich to, czego nie znają. Myślą, że śmierć jest czymś najtrudniejszym, co mnie w pracy spotyka. To nie śmierć czy stwierdzenie zgonu jest dla lekarza najtrudniejsze, to utrzymanie pacjenta przy życiu.

Tym razem się nie udało.

– Pomogę wam, pan Józef waży jakieś dziewięćdziesiąt kilo – proponuję zmęczonym głosem, kiedy pielęgniarka przynosi specjalne worki. Musimy ciało położyć z powrotem na łóżko.

Nowe worki są inne niż te wiosną – bez zamka błyskawicznego, tylko na taśmę klejącą. Cóż, pewnie tańsze? A może lepiej chronią przed COVID-em? Nie wiem...

Przed zdjęciem kombinezonu zaglądam na salę do pacjenta z niewydolnością oddechową, oddycha mniej nerwowo, ale znowu ma pod 30 oddechów na minutę, a saturacja powoli i niezmiennie spada. Będzie następny w statystyce. Zabije go COVID i niewydolność oddechowa i to już jutro, co przewiduję, ale w tej chwili jeszcze o tym nie wiem.

A ten poprzedni pacjent? Zabił go COVID? Nie wiem...

Nie wiem, dlaczego umarł, po prostu się zatrzymał. Koronawirus zwiększa pogotowie zakrzepowe w organizmie czy ryzyko udaru i zawału nawet parokrotnie. A może ten dopiero co rozpoznany guz? Zator? Krwotok? Zaburzenia rytmu? Nie wiem... Wyjaśni to sekcja zwłok, na którą kieruję, o ile rodzina nie wypełni druku o odstąpieniu.

Wracam do siebie na oddział tuż przed siódmą. Mówię dzień dobry porannej zmianie pielęgniarek i do widzenia nocce. Za chwilę przyjdą moi koledzy i będziemy zdawać raporty.

– Jak tam? Ile miałeś przyjąć? – pyta Karol.

– Zero – odpowiadam zmęczonym głosem.

– O, to spokojny dyżur?

– Nie.

– Czemu?

– Ciężki pacjent, papierologia, interwencje, reanimacja. Dowiesz się z raportu... – wyrzucam z siebie szybko, jestem zbyt zmęczony, żeby opowiadać wszystko jeszcze raz.

– No okej, a jak się spało w nowym socjalnym?

– Nie wiem...

#środa 7 października

Od wczoraj oddział jest całkowicie zakaźny. Pierwsi pacjenci zaczęli zjeżdżać z okolicznych szpitali tuż popołudniu. Wprowadzono także podwójne dyżury, nikt nie zgodzi się obstawiać już trzech oddziałów (interna, pediatria/bufor, zakaźny) w pojedynkę. Pacjenci COVID-owi za

łatwo się dekompensują, poza tym nie wyobrażam sobie być na jednym oddziale u chorego w kombinezonie, kiedy na drugim coś się zacznie dziać. Najmniej roboty jest na zakaźnym, są tam najlżejsi pacjenci i dwójka zakaźników ogarnia ich do piętnastej. Interwencje ograniczają się do popołudniowych przyjęć, jeśli wcześniej zwolni się miejsce, albo do podawania leków przeciwbólowych, dawki insuliny lub doraźnie obniżających ciśnienie.

Pediatrya – zwana buforem, choć żadne z tych stwierdzeń nie jest prawdziwe, ponieważ od dawna leżą tam tylko dodatni dorośli – jest nieco bardziej wymagająca. W założeniu mieli być tam lżejsi pacjenci, jednak ostatnia niedziela przez brak miejsc w szpitalu zmieniła to. No i interna, szykowany COVID-owy moloch. Na wiosnę kładliśmy tam 11–12 pacjentów, teraz wiemy, że będzie ich minimum 28. Tuż za oknem wykańczają kontenerowce na kolejne 55 łóżek. Ciekawe, kto będzie tamtymi pacjentami się opiekował. W głębi duszy znam odpowiedź i wcale mi się ona nie podoba.

Koleżanki w nocy nie spały. Na pusty oddział przyjęły 14 osób, w tym dwie w stanie ciężkim, od nich zaczynają raport. Jedną z tych osób był starszy mężczyzna dotychczas leżący na pediatryi. Kojarzę go z niedzielnej wizyty, zgłaszał kaszel, ale saturację miał względnie dobrą – 95–96% bez tlenu. Doktor Magda przeniosła go tutaj po tym, jak zaczął pogarszać mu się oddech, na „buforze” jego stan był na tyle dobry, że nie wymagał tomografii klatki piersiowej. Teraz ma zajęte 80% miąższu płucnego. Drugi pacjent już nie leży na naszym oddziale, przy przyjęciu był w ciężkim stanie, w pracowni TK, zaraz po tomografii, na krótką chwilę przestał oddychać. Oddech wrócił mu po podjęciu czynności ratunkowych i pacjenta z rurką ustno-gardłową przewieziono na oddział. Stąd też szybko trafił na OIT.

Nie spotkałem tego chorego, nie wiem, czy długo zwlekał, czy niewydolność oddechowa postępowała u niego w piorunujący sposób. Był tylko lekko obciążony i miał zaledwie 40 lat. Być może przegrał loterię genową, może jego wariant genetyczny sprawiłby, że byłby bardziej odporny na inne schorzenia i dożył sędziwej starości. Ale tak się nie stało, był podatny na ciężki przebieg. I za jego stan odpowiada „nieistniejący” dla wielu wirus z Chin. Umarł następnego dnia na oddziale intensywnej terapii, zwalniając miejsce innemu pacjentowi.

Kolejny chory, kolejna szansa na sukces terapeutyczny, choć statystyka jest nieubłagana. W czasie wiosennej fali średnio 5–10% pacjentów dawało się wybudzić spod respiratora. Na tym tle COVID-19 rokuje zdecydowanie gorzej niż inne jednostki czy zdarzenia wymagające wentylacji mechanicznej.

W czasie porannego obchodu stan drugiego chorego jest krytyczny, nie utrzymuje mimo maksymalnego przepływu tlenu saturacji powyżej 90%. Łapie płytkie szybkie oddechy, przypomina nieco wyczerpanego maratończyka z tym, że jego maratonem nie jest bieg, a oddychanie. Nad polami płucnymi orkiestra trzeszczeń i furczeń, nie ma nawet kawałka płuca, w którym osłuchowo zmiany miały mniej nasilony charakter. To kwestia godzin, kiedy zmęczone wysiłkiem oddechowym mięśnie przepony, międzyżebrowe, a także wszystkie pomocnicze mięśnie klatki piersiowej odmówią posłuszeństwa.

Doktor Barbara wzywa anestezjologów, w jej ocenie nie wytrzyma już nawet wentylacji NIV, a ja się z nią zgadzam. Na konsultację zszedł sam szef OIT-u, jest u nas nowy i do tej pory nie miałem okazji bliżej go poznać. Co prawda rozmawiałem z nim kilka razy przez telefon i wymieniliśmy uścisk ręki, kiedy przyszedł się przedstawić.

To wysokiej klasy specjalista, w pełni zaangażowany. Uzyskujemy kwalifikację na OIT, pacjent ma być przekazany za dwadzieścia minut. W tym czasie dzielę się swoimi wątpliwościami.

– Doktorze, a jak wy się zapchacie i będziemy mieć u siebie pacjentów „na rurze”... To jak to będzie? Przecież my, może z wyjątkiem szefa, nie umiemy takich chorych prowadzić.

– Będziemy wam pomagać... – odpowiada spokojnie doktor Lubczyk.

Wcale mnie to nie uspokaja, wręcz przeciwnie. „Będziemy wam pomagać” oznacza, że to będą nasi pacjenci na respiratorach, które będą ustawiać anestezjolodzy. W głowie mam dziesiątki pytań choćby o to, skąd wziąć dodatkowe pielęgniarki. Ale ich nie zadaję, to nie są pytania do lekarza, a organizacyjne. Przykładowo na OIT jest siedem łóżek i tylko jedna pielęgniarka na dwa łóżka¹⁷, czyli średnio po cztery na dniówce i nocce. U nas są cztery pielęgniarki na dniówce i trzy na nocce przy dwudziestu ośmiu łóżkach COVID-owych. Oby moje obawy były nieuzasadnione, ale czuję, że mając czterech–pięciu pacjentów pod respiratorem na oddziale i oczywiście innych nierespiratorowych (co nie

oznacza, że nie ciężkich chorych), to liczba pielęgniarek nie ulegnie zmianie.

Dzwoni portier, że przysłano paczkę dla pacjenta i podaje nazwisko przez telefon. To ten chory, który za chwilę trafi na OIT. Proszę o dostarczenie pakunku pod drzwi oddziału i wskakuję w kombinezon. Tak czy siak, musiałbym pomóc zawieźć pacjenta na OIOM, bo mamy za mało personelu, dwie opiekunki i dwie pielęgniarki pojechały z leżącymi pacjentami na tomografię. Może to jakaś ważna przesyłka? Rodzina nawet nie może się z nim pożegnać. A przecież szansa, że on wyjdzie z intensywnej terapii jest znikoma.

Odbieram pakunek i zmierzam do sali chorego. Na szczęście to niewielki pokój dwuosobowy. Po stronie prawej na łóżku siedzi wyraźnie przestraszony mężczyzna, on jest w końcowej fazie choroby i w zasadzie nie wymaga już tlenu, ale jest przerażony, patrząc, jak jego kolega się dusi. Tu saturacja w pełnym przepływie tlenu jest o 2% niższa niż godzinę temu.

– Panie Stanisławie, ktoś panu przysłał paczkę – mówię, pokazując niewielki pakunek. – Czy mam otworzyć?

Pacjent kiwa głową na tak, wydaje się, że jest mu łatwiej kiwnąć niż rozmawiać. Oddycha szybko i płytko 40–50 razy na minutę.

W środku znajdowało się kilka drobnych rzeczy osobistych oraz złożona kartka papieru. List. Rozkładałam kartkę i trzymam przed pacjentem tak, żeby mógł przeczytać, ale chory łapie mnie delikatnie za kombinezon i kościstym palcem pokazuje w moją pierś.

– Mam przeczytać? – pytam.

Znowu kiwnięcie.

List jest od przyjaciół chorego z życzeniami powrotu do zdrowia. Na końcu ktoś narysował bukiet kwiatów, bo przecież prawdziwych nie wolno wysyłać.

Na krótką chwilę przez twarz mężczyzny przemknął niewielki uśmiech. Chowam list do paczuski i odstawiam pakunek na stolik obok łóżka.

Niestety teraz muszę przejść do konkretów.

– Panie Stanisławie, został pan zakwalifikowany do leczenia na oddziale intensywnej terapii, będzie pan podłączony do respiratora. Wyraża pan zgodę?

– Tak... – odpowiada z wysiłkiem pacjent.

I wtedy podjąłem spontaniczną decyzję, zrobiłem coś, czego nie robiłem do tej pory. Tak po prawdzie, sytuacji takich nie miałem wcześniej, pacjenci

przekazywani na OIT przed COVID-em zazwyczaj nie mówili, tylko byli już zaintubowani po NZK¹⁸. A tutaj było inaczej, pomyślałem o sobie i dotarło do mnie, że gdybym to ja był w sytuacji pana Stanisława, to chciałbym się pożegnać z rodziną.

– Czy jest ktoś, do kogo chce pan zadzwonić? Pomogę, panu – pytam.

– Żona... Józia... – mówi i po omacku szuka telefonu, który leży na kołdrze.

Znalazłem w kontaktach numer zapisany jako Józia i wykręciłem, przełączając aparat w tryb głośnomówiący.

– Dzień dobry, z tej strony lekarz Tomasz Rezydent z oddziału wewnętrznego. Muszę pani przekazać, że stan pana Stanisława jest bardzo ciężki. Został zakwalifikowany do leczenia na oddziale intensywnej terapii i zastosowania wentylacji mechanicznej, za chwilę będziemy pana przekazywać. Pan Stanisław chciałby z panią porozmawiać.

– Staszek, jak się czujesz kochany? – pyta kobieta ze strachem w głosie.

– Józia... Kocham cię... ucałuj dzieci... Kocham cię, pamiętaj... – ostatkiem sił wypowiada najważniejsze dla niego słowa. – Już... nie mogę... – mówi do mnie, łapiąc powietrze, a w oczach pojawiły się pojedyncze łzy.

Przejmuję telefon od pacjenta i zanim się rozłączy, mówię jeszcze:

– Zadzwonię do pani na ten numer i podam więcej informacji, jak tylko przekażę pana Stanisława anestezjologom i zdejmę kombinezon ochronny.

– Dobrze, będę czekać – odpowiada żona pacjenta przed zakończeniem rozmowy.

Po przekazaniu chorego i dekontaminacji zadzwoniłem ponownie do jego żony i podałem szczegółowe informacje o jego stanie, nie ukrywając, że rokowania są „wysoko niekorzystne”. Rozmawialiśmy przez kilka długich minut. Ta rozmowa była dla kobiety ważna. Potrzebowała wiedzy o tym, co było, i o tym, co będzie się dalej działo z jej mężem. To nasza ostatnia rozmowa. Od tej pory opiekę nad pacjentem, a także informowanie o stanie zdrowia rodziny przejmuje OIT.

Na koniec rozmowy usłyszałem coś, co przebiło się przez mój zawodowy pancerz.

– Doktorze, dziękuję, że pan zadzwonił, że... że mogliśmy się pożegnać, póki był świadomy i zanim go podłączyli do maszyny.

Obiecałem sobie, że jeśli tylko będzie taka możliwość, to zawsze będę to proponował tym umierającym pacjentom. Jeśli tylko wyrażą chęć, to

będziemy razem dzwonić do ich rodzin. Czuję się dziwnie, to taka mieszanina smutku, ale i spokoju ducha. Dla pana Stanisława zrobiliśmy wszystko, co mogliśmy, ale gdybym nie zaproponował mu tego ostatniego telefonu, czuję, że zostałoby to w mojej głowie jako wyrzut sumienia.

Tę chwilę zadumy w trakcie, której odpoczywam przed kolejnym założeniem kombinezonu, przerywa telefon z serologii.

– Mamy osocze. Rozmrażać? – pyta laborantka. Zamówione w nocy osocze przejechało 250 kilometrów dla pacjenta, dla pana Stanisława.

– Proszę dzwonić na OIOM, to teraz ich pacjent – odpowiadam smutno.

Tego dnia przyjęliśmy do szpitala kolejne siedem osób dodatkich. Cztery na zwolnione miejsca na „buforze” i trzy tu. Mijają dwa dni od otworzenia, jakby nie patrzeć, dużego oddziału COVID-owego, a mamy zajętych ponad połowę łóżek.

#

W ciągu kolejnych dwóch dni zapełniamy wszystkie miejsca w szpitalu i to mimo oddania do użytku sześciu miejsc w naszej sali intensywnego nadzoru. Po interwencji dyrektora szpitala w ciągu jednego dnia powstała prowizoryczna śluza. Do metalowych profili przymocowano szczelnie grubą folię malarską. Ta, która faktycznie ma być docelową śluzą, jest zamówiona, ale nie wiadomo, kiedy dojedzie.

W zasadzie większość pacjentów na oddziale jest w stanie średnim, jedynie dwie osoby na tę chwilę nie wymagają tlenu. To owoc braku selekcji, telefony od lekarzy z ościennych jednostek się urywają, a my nie mamy, jak zweryfikować słów o ich stanie. Ta dwójka po diagnostyce obrazowej i krótkiej obserwacji zostanie wypisana do izolacji w domu, są osoby bardziej potrzebujące miejsca. Ale z kolei trochę strach je wypisać. Widzieliśmy już gwałtowne załamania oddechowe. Następne siedem z 28 osób jest w stanie ciężkim, w tym dwoje w bardzo ciężkim. Dla nich ściągamy osocze, mamy zgodę dyrektora szpitala, aby szukać gdzie się da. Karetki często jadą na Śląsk, bo tam w Raciborzu jeszcze są zapasy, bliżej zazwyczaj nic nie ma, a pojedyncze jednostki są błyskawicznie wsysane przez okoliczne oddziały zakaźne.

Pierwsze dwa tygodnie epidemii, a osocze dostępne jest tylko dla nielicznych – to dramat, bo patrząc na naszych pacjentów, to im najbardziej pomaga. Dlaczego na Śląsku są największe zapasy? W czasie wiosennej fali

było tam najwięcej chorych, a więc i jest najwięcej ozdrowieńców. Za chwilę osocze będzie nie do zdobycia. Remdesiviru, leku, którym leczą się Amerykanie, jeszcze nie mamy. I na razie nie wiadomo, czy i kiedyś mieć będziemy.

Z siedmiu pacjentów pięciorgu po podaniu osocza stopniowo zaczyna się poprawiać. Dwojgu ostatnim się pogarsza, a są zdyskwalifikowani przez OIT – starsi, obciążeni i nierokujący. Jeden z rozsianym nowotworem, drugi leżący od 4 lat z licznymi schorzeniami internistycznymi. Koniec końców oboje umierają, jednego zabija niewydolność oddechowa w przebiegu infekcji koronawirusem, drugiego na sepsa niepoddająca się leczeniu, choć COVID swoje na pewno dołożył.

Może to zbieg okoliczności, ale obserwuję ciężkie przebiegi u miarę młodych ludzi, 40–50–60-latków. To oni najczęściej wymagają szpitala i „łamią się” oddechowo. Być może ta grupa pacjentów jest już obciążona, ale jeszcze na tyle sprawna, że zostaje w domu, dopóki objawy ich totalnie nie rozłożą. Bez tlenu, leków i osocza prawdopodobnie umarliby, a tak jakoś ich z tego wyciągamy. W żadnym wypadku nie powinno się przyjmować nawet wiekowych pacjentów w lekkim stanie, bo mimo że są w grupie większego ryzyka, to zabierają miejsce innym, być może w stanie ciężkim. Do czego zmierzam? Wiadomo, mamy 4 grupy pacjentów:

- 1) Bezobjawowi, którzy najczęściej są nosicielami wirusa i są odpowiedzialni za jego największą transmisję. Zarażają kolejne osoby, nie wiedząc o swoim zakażeniu.
- 2) Skompoobjawowi, czyli pacjenci w lekkim stanie – nie powinni zajmować miejsc w szpitalu, a chorobę przeczekać w izolacji domowej, tak samo jak bezobjawowi, u których wykryto zakażenie.
- 3) Pacjenci w średnim i średnio ciężkim stanie – to właśnie ta grupa chorych ma największą korzyść z hospitalizacji. Redukujemy znacznie śmiertelność zastosowanym leczeniem objawowym.
- 4) Pacjenci w ciężkim i bardzo ciężkim stanie – tu konieczna jest hospitalizacja, jednak bardzo często kończy się ona zgonem.

Tak naprawdę przy załamaniu systemu opieki zdrowotnej boję się najbardziej o grupę numer 3. To ci, którzy najwięcej zyskują na naszej

pomocy. Czasem wystarczy podać im parę dawek sterydów i zastosować tlenoterapię, a po kilku dniach organizm zwalcza infekcję i ich stan się poprawia. To nie są ciężko chorzy ludzie, często w średnim wieku z jedną czy dwoma chorobami współistniejącymi albo nawet bez. Po prostu mieli pecha i musimy im pomóc. O ile znajdzie się dla nich miejsce.

Co mamy do walki z wirusem? Niewiele, brak leku na wirusa powoduje, że musimy liczyć na system odpornościowy pacjentów i to, że przełamią infekcję. Mamy leczenie wspomagające:

- Arechin (chlorochina), lek wykorzystywany w leczeniu tocznia, RZS czy malarii, niestety ostatnie publikacje poddają w wątpliwość jego skuteczność w przypadku COVID¹⁹.
- Kaletra (lopinawir + rytonawir) jest to lek przeciwretrowirusowy stosowany w leczeniu HIV, również mimo pierwotnych publikacji o jego skuteczności w terapii wspierającej, pojawia się coraz więcej doniesień o nieodnoszeniu statystycznie znaczących korzyści w jego stosowaniu.
- Dexamethason jest to steryd systemowy, czyli działający ogólnoustrojowo. Niedawno opublikowano dość obszerne badania brytyjskie (RECOVERY²⁰) wykonane na grupie ponad 6400 pacjentów hospitalizowanych z powodu COVID-19, w których porównywano leczenie standardowe oraz to bez zastosowania dexamethasonu. Wyniki jednoznacznie wskazują na to, że podawanie tego leku w grupie pacjentów wymagających tlenoterapii w średnim oraz ciężkim stanie, a także pacjentów wentylowanych mechanicznie poprawia rokowania i zwiększa szansę na wypis ze szpitala. Niepokoi jedynie podawanie tego leku pacjentom niewymagającym tlenoterapii, we wczesnej fazie rozwoju choroby nieznacznie zwiększa śmiertelność chorych. Dlaczego? W komentarzu do omówienia polskiego artykułu dotyczącego tego badania specjaliści²¹ wyjaśniają możliwy mechanizm takiego wyniku. GKS mają silne działanie przeciwzapalne, co jest korzystne w fazie choroby, w której problemem jest nadmierna odpowiedź immunologiczna organizmu. Tymczasem jeśli zaczniemy za szybko blokować odpowiedź immunologiczną jeszcze w fazie namnażania się wirusa, może to skutkować jego większym stężeniem w organizmie i gorszą eliminacją.

- Tocilizumab – lek immunosupresyjny, ma bardzo zawężone kryteria włączenia do leczenia i może być używany tylko w określonych przypadkach. Stosowany jest do wyciszenia tzw. burzy cytokinowej odpowiedzialnej czasem za ciężki przebieg u niektórych ludzi. Ta nadmierna odpowiedź układu odpornościowego z ogromną ilością białek odpowiedzialnych za odpowiedź zapalną ma destrukcyjny wpływ na chorego. To trochę tak, jakby w mieszkaniu strzelać z armaty do muchy, a przecież wystarczy użyć packi. Tocilizumab tłumia odpowiedź zapalną i sprawia, że nadmiernie rozszalały układ odpornościowy nie niszczy organizmu.
- Remdesivir – lek przeciwretrowirusowy, obecnie ma najlepsze wyniki w leczeniu SARS-CoV-2. Wciąż nie jest to lek na tego konkretnie wirusa, ale jego stosowanie u pacjentów w średnim i ciężkim stanie poprawia znacząco rokowania według badania RECOVERY. Trzy dni po tym, jak lek dotarł do naszego szpitala, WHO ogłosiło, że nie ma dowodów na to, że działa. Cóż i tak nie mamy nic innego, remdesivirem leczono prezydenta Stanów Zjednoczonych Ameryki Donalda Trumpa, może jednak w ramach terapii eksperymentalnej warto spróbować? Mija 10 miesięcy od początku pandemii, a dalej błądzimy we mgle²².
- HDCz²³ – niejednokrotnie czy tu, czy na stronach „Niewidzialnego frontu” pisałem o tendencjach prozakrzepowych i większym ryzyku zakrzepicy, zatorowości czy udarów i zawałów w przebiegu COVID. Opierając się na doświadczeniu zagranicznych kolegów, u każdego hospitalizowanego pacjenta z COVID-19 włączamy do leczenia heparynę, u niektórych w dawce profilaktycznej, a u tych ze zwiększonym ryzykiem czy zwiększonym pogotowiem zakrzepowym w dawce leczniczej.
- Tlenoterapia! Podstawowe wspomaganie, jakie ofiarujemy pacjentom, życiodajny gaz, którego wymagają nasi chorzy w coraz większych ilościach.

Jak wygląda tlenoterapia, opieramy się tutaj na wielokrotnie przytaczanym parametrze saturacji krwi, a także subiektywnym odczuciu duszności. U pacjenta z COVID-19 dobrze jest utrzymywać saturację powyżej 95%, stosujemy kolejno:

- węży tlenowe, przepływ zazwyczaj od 2–3 l/min do 5 l/min,
- maskę Venturiego, 4–8 l/min tlenu,
- maskę z rezerwuarem, 8–15 l/min tlenu.

I w tym momencie większość naszych pacjentów daje radę na takich przepływach, choć niezaprzeczalnie najczęściej jest to worek z rezerwuarem.

W naszym arsenale tlenoterapii mamy również:

- HFNC – maszynę ze sztywnymi wężami donosowymi, w których przepływ mieszaniny czystego tlenu z powietrzem jest regulowany i wynosi 30–60 l/min. Poza dostarczaniem znacznie większej ilości tlenu dodatkowym atutem jest utrzymywanie nieco zwiększonego ciśnienia w drogach oddechowych; tym samym zapobieganie sklejanie się zapalnych pęcherzyków płucnych i zapewnianie lepszej wymiany gazowej.
- NIV – wymieniana wielokrotnie maska do wentylacji nieinwazyjnej, pozwala przejąć na siebie część wysiłku oddechowego od pacjenta oraz utrzymuje dodatnie ciśnienie w drogach oddechowych.
- wentylacja mechaniczna – należąca już do tlenoterapii czynnych, to po prostu respirator, który wdmuchuje określoną objętość mieszanki oddechowej w płuca pacjenta i wykonuje za niego oddechy.

Ostatnią i niedostępną u nas metodą jest ECMO, czyli ciągłe pozaustrojowe natlenianie krwi, w zasadzie maszyna wtedy staje się płucosercem, dając czas na regenerację zniszczonych płuc pacjenta. Metoda ta jest dostępna w pojedynczych większych jednostkach w kraju. Do tej pory rocznie w całej Polsce z ECMO skorzystało parudziesięciu pacjentów.

Mam wrażenie, że ta książka będzie mniej pozytywną opowieścią niż „Niewidzialny front”. Dziś mamy mniej sytuacji humorystycznych, nie mamy tylu śmieszno-strasznych absurdów, chociaż się zdarzają. Mimo że wiosna potraktowała nas łagodnie i była rozgrzewką przed nadchodzącą jesienią, to tu, u nas, odrobiono lekcję. Lekarze z innych szpitali, z którymi rozmawiam, mają trudniej. Budowane naprędce śluzy w trakcie wiosennej

fali zostały latem rozebrane, bo niepotrzebne. W naszym szpitalu zachowano je i ciągi komunikacyjne zakaźne, a także zamówiono i dostarczono nowy sprzęt, dużo sprzętu. Sama budowa szpitala kontenerowego to – jeszcze raz powtarzam – majstersztyk zarządzania i przewidywania. Nagrywają teraz o nas programy dla telewizji i pytają dyrektora, jak to mają zrobić inni. No właśnie, jak. Mimo że postawienie brył trwało tydzień, w tydzień całego oddziału, a tym bardziej szpitala, załatwić się nie da. Pozyskanie środków, pozwoleń, zamówienie sprzętów, przygotowanie terenu – to wszystko wymagało wielomiesięcznego planowania.

Rozbrzmiewa telefon w dyżurce. Chyba pięćdziesiąty dzisiaj, z jakiegoś powodu (ciekawe jakiego) tak jak było na wiosnę, wszyscy dzwonią do nas, szukając zakaźników. Odbiera doktor Magda.

– Ratownik z karetki numer trzysta dwanaście, mamy pacjenta z izolacji domowej z potwierdzonym zakażeniem COVID testem PCR siedem dni temu. Macie miejsca, możemy go przywieźć?

– No mamy jeszcze pojedyncze miejsca – odpowiada zgodnie z prawdą doktor Magda. – Co to za pacjent?

– Młody mężczyzna, czterdzieści jeden lat, elektryk, gorączka i duszność od paru dni. Niewielkie obciążenia, nadciśnienie, no i otyłość – pada odpowiedź.

– A jaką ma saturację? – dopytuje koleżanka.

– Siedemdziesiąt dziewięć–osiemdziesiąt procent – odpowiada ratownik bez wahania.

– Niska, ile dostaje tlenu? Nie łamie się? – Atmosfera się zagęszcza, na oddział za chwilę wjedzie pacjent w ciężkim stanie.

– E nie, no on nie dostaje tlenu, nie wymaga. Mówi, że nie jest mu duszno, ale ta saturacja trochę niska, to go zabraliśmy – tłumaczy ratownik.

– Proszę natychmiast dać mu worek z rezerwuarem, minimum dziesięć litrów na minutę, czekamy – odpowiada ostro koleżanka.

Nawet po kilku godzinach, zdając relację z dyżuru, widać, że jest wzburzona zaistniałą sytuacją.

– No i przyjechał – kontynuuje opowieść. – „Ratole” wprowadzili go na oddział, wprowadzili bez tlenu, jak miał osiemdziesiąt procent saturacji na leżaco. Facet słania się na nogach i łapie poręczy, które są pomontowane wzdłuż korytarza oddziału. „Dlaczego on idzie i nie ma tlenu?” – próbuje dowiedzieć się doktor Magda przez maskę swojego kombinezonu.

– On nie wymaga tlenu, nie zgłasza duszności – odpowiada, wzruszając ramionami, ratownik.

Chory przechodzi kolejne trzy kroki i łapie się barierek, jego klatka piersiowa faluje, kiedy oddycha dynamicznie.

– Pani Aniu, wózek szybko i na „dziewiętnastkę” – krzyczy doktor Magda. – Oni zazwyczaj nie zgłaszają duszności, zwłaszcza młodzi – rzuca lekarka na odchodne ratownikom.

71% saturacji bez tlenu... Patrzy na wskazania „pulsaka”, zakładając maskę z rezerwuarem choremu i ustawiając maksymalny przepływ.

– Nie wymaga tlenu, psia ich mać... – mruczy pod nosem. – Oczywiście, że wymaga! Dostaje pan teraz tlen, proszę spokojnie oddychać, już się panem zajmujemy, zrobimy tomografię i zaczniemy podawać leki. Zamówimy dla pana osocze ozdrowieńców. Będzie dobrze, a na razie proszę spokojnie oddychać – uspokaja chorego koleżanka.

Mijają zaledwie cztery dni, a nowo utworzony oddział COVID-owy na 28 łózek jest pełny, od tej pory miejsca pojawiają się sporadycznie – jak kogoś wypiszemy jako ozdowieńca, prześlemy na OIT lub stwierdzimy zgon. Na dyżurze dwoje lekarzy ma pod opieką ponad 60 chorych na trzech różnych oddziałach i w trzech różnych budynkach. Najciężsi oczywiście leżą na internie, choć COVID nieraz pokazał, że jest chorobą nieprzewidywalną, a załamanie stanu pacjenta może wystąpić nagle.

#sobota 10 października

Od dzisiaj cała Polska jest w strefie żółtej.

#niedziela 11 października

Dyżur jest spokojny, jeśli można tak powiedzieć o dyżurze w COVID-owie. Nikomu nie pogarsza się gwałtownie, toczymy osocza ozdrowieńców, monitorujemy parametry życiowe. Ponad połowa naszych pacjentów się dusi, druga połowa też, tylko nieco mniej. Przy czym mało który z chorych odczuwa rzeczywistą duszność, tak naprawdę duszą się ich niedotlenione tkanki i komórki, bo oni przez relatywnie niski dwutlenek węgla tak tego nie odczuwają. To dobrze. Lepiej tego nie czuć.

Nie wspominałem jeszcze, że gdybym umarł na COVID, to w statystykach wpisano by mi choroby współistniejące. Od pięciu lat mam zdiagnozowaną astmę i mimo że od dwóch lat nie zdarzyło się jej zaostrzenie, boję się duszności. Miałem duże problemy z oddychaniem, dwa razy w życiu czułem, jak brakuje mi powietrza, nie mogłem spać inaczej jak na siedząco, łapałem każdy oddech. Potrafię sobie wyobrazić, co czują duszący się pacjenci. Tym bardziej cieszę się, że tu odczuwanie duszności zazwyczaj występuje dopiero w bardzo zaawansowanym stadium lub w momencie, kiedy pacjent nie otrzymuje wcale tlenu.

Mimo braku przyjęć do szpitala pracy jest bardzo dużo. Interwencje, modyfikowanie kart zleceń w zależności od wyników badań, zlecenie nowych badań i leków czy wreszcie badanie wszystkich podlegających nam pacjentów. Każdego zakażonego badam osobiście, czasem wielokrotnie w ciągu dnia i nocy.

– Jadłeś coś? – pyta Księżna. Po pracy na Izbie Zakaźnej w czasie wiosennej fali przestaliśmy sobie „panować” i przeszliśmy na ty.

– Jeszcze nie, muszę dokończyć zlecenia – odpowiadam.

– Jest siedemnasta, nie uciekną, zrób sobie przerwę i coś zjedz. Co miałeś na obiad? – Księżna mi matkuje. Ma dzieci dziesięć lat od mnie młodsze, więc jestem dla niej gówniarzem.

– No wiesz... Nie miałem czasu – przyznaję, że nie jadłem obiadu, śniadania również, ale to moja wina, bo jak zwykle wolałem dłużej pospać.

– Przygotuję ci kanapkę z pastą jajeczną, sama robiłam. Chcesz herbatkę? – pyta z troską.

– Poproszę – odpowiadam. – A nie masz może jakiejś wędlinki?

Piorunujący wzrok spada na mnie niczym grom z jasnego nieba. Dobrze wiem, że jest zadeklarowaną wegetarianką.

– Dobra, dobra, może być jajo – odpowiadam pod naporem wzroku. Zjadam ze smakiem kanapkę i popijam herbatką. – Gochisōsama deshita²⁴ – mówię, składając ręce jak do modlitwy i skłaniając głowę.

– Nie przesadzaj – odpowiada Księżna, to tylko kanapka.

– Wiem, ale dla głodnego nawet kromka suchego chleba jest ucztą – stwierdzam i znów pokornie pochylam głowę.

– Przestań – odpowiada, choć na jej twarzy gości uśmiech.

Do tej pory nie zrobiła dla mnie wegetariańskiego ramen, choć obiecała w trakcie pracy na Izbie Zakaźnej. Zawsze zachwalała, jakie to jest dobre. Może kiedyś się doczekam²⁵.

Dziś się udało i mieliśmy tę krótką chwilę na przerwę. Często łapię się na tym, że w pracy nie mam czasu, żeby coś zjeść albo się napić, a o pierwszej czy drugiej w nocy nie ma już sensu. Bywa, że jedynym przyjętym przeze mnie płynem w ciągu doby są dwie czy trzy szybkie zimne już kawy. Zazwyczaj dopiero ból głowy przypomina mi, że powinienem wypić z pół litra wody i się nawodnić. Zwłaszcza po pracy w kombinezonie, kiedy człowiek obficie się poci.

Zabieram się do kolejnych zleceń, kiedy rozlega się telefon mojej prywatnej komórki. To lekarz z innego szpitala, wcześniej był kierownikiem mojej specjalizacji, ale nasze drogi się rozeszły. Jego znajomy ma niewydolność oddechową w przebiegu COVID-a i znajduje się na SOR-ze w szpitalu, który nie ma łóżek zakaźnych, 80 kilometrów stąd. Nie mogę mu pomóc, nie mam jak. Nie mamy ani jednego łóżka, poza tym z tego, co mówi, pacjent już wymaga respiratora. Boli mnie to, ale z ciężkim sercem odmawiam. Wszystkie sale są zastawione łózkami, w jednoosobowych są po dwa, często stykające się ze sobą, a w dwuosobowych pokojach są upchnięte po trzy.

Takiego pacjenta nie położę na korytarzu, poza respiratorem podpina się mu pompy do włączenia centralnego – z chorego wystaje naprawdę dużo rurek i wężyków, nie można się o to potykać ani wciąż go przesuwac. Poza tym nie powinien leżeć w ciągu komunikacyjnym, a gdzie śluży? Bezpieczeństwo personelu? I nie da rady się wyminąć łózkami na korytarzu, więc blokowałyby przejście. Szpital nie jest z gumy, mamy pełno i koordynator oraz dyspozytorzy o tym wiedzą. Muszą szukać miejsca gdzie indziej. Na pewno gdzieś jest.

Ledwie kończę rozmowę, jak zauważam, że twarz mojej koleżanki blednie. Na życzenie innej pielęgniarki, przebywającej na L4 z powodu złego samopoczucia, sprawdza wynik wymazu.

– Kurwa... Basia jest dodatnia... – mówi, zaczynając szybko oddychać.

Sprawdzamy grafik, ostatni wspólny dyżur miały w środę, potem tamta źle się poczuła i poszła na zwolnienie. Wczoraj zrobiła wymaz, bo nie mogła zbić gorączki.

– Reanimacja w niedzielę – mówię, rzucając okiem na grafik, to najbardziej prawdopodobne, że wtedy się zaraziła. – Razem masowaliśmy jednego pacjenta. No i ten drugi w ciężkim stanie był na NIV-ie, siał zakaźnym areozolem na prawo i lewo, rzucał się. Może maska się jej rozszczelniła? Czas objawów pasuje – snuję domysły.

– Boże, dobrze, że w tym tygodniu nie widziałam się z mamą. Jeśli bym ją zaraziła, to by ją zabiło – odpowiada strwożonym głosem Księżna.

– Spokojnie, to, że miałaś z nią dyżur w środę, nie znaczy, że się zaraziłaś. Masz jakieś objawy? – pytam z troską.

– No nie... – uspokaja się pielęgniarka.

– Zadzwońię do szefa. Musi znać sytuację, mamy nowe ognisko. Trzeba będzie się mazać. Akurat wczoraj wrócił z urlopu – mówię, wybierając numer w komórce.

– Szefie, przepraszam, że przeszkadzam w niedzielę... – W tle słyszę bawiące się dziewczynki, pewnie przerwałem im zabawę z tatą. Niedługo znowu bardzo rzadko będą go widywać, bo rzuci się w wir pracy.

– Nie szkodzi, co tam? – odpowiada Padrino.

– Mamy kolejne ognisko, Basia z pediatrii jest dodatnia. Myślę, że zaraziła się w niedzielę, ale pewności nie mam, od czwartku była na L4, ale do tego czasu miała trzy dyżury. Mogę zrobić listę potencjalnych zagrożonych, ale myślę, że trzeba wymazać wszy... – zacząłem.

– Nie, nie ma sensu, mażemy wszystkich – salowe, pielęgniarki i sekretarkę medyczną z pediatrii – jutro, za trzy i za siedem dni ponownie. Żeby wykryć wcześniej bezobjawowych. Wyniki na cito, to od razu będzie wiadomo, kto może przyjść do pracy, nocka i jutrzejsza dniówka chwilowo bez zmian. No i trzeba wymazać lekarzy, którzy mieli z nią dyżur. Powiadom oddziałową.

– Tak zrobię, miłego odpoczynku, szefie – odpowiadam i się rozłączam.

W dyżurce pielęgniarek zapada cisza. Zarówno Księżna, jak i druga pielęgniarka Jola patrzą na mnie.

– No co, mażemy się, a ja zaraz powiadomię oddziałową – potwierdzam z kwaśną miną.

Czuć nerwową atmosferę. Rodzina i znajomi słysząc, że oczekujemy na wynik wymazu, zazwyczaj martwią się o nas. Niektórzy pocieszają, że raczej przechorujemy lekko. Nie o to jednak chodzi. Większość personelu medycznego nie boi się zachorować, ale tego, że będzie zarażać! Boimy się tego, co bagatelizują młodzi ludzie, że będziemy roznosić infekcję, że zarazimy kogoś, u kogo przebiegnie ona ciężko bądź śmiertelnie. Zarazimy schorowaną matkę, pacjenta z hospicjum domowego, męża z immunosupresją czy tę miłą sąsiadkę spod numeru czwartego. Boimy się niestandardowego przebiegu u naszych bliskich czy wywołania odległych powikłań w postaci chorób autoimmunologicznych po zakażeniu, jak

zespoły kawasakopodobne u naszych dzieci. Boimy się nagłych incydentów zakrzepowo-zatorowych u bliskich bez czynników ryzyka czy podstępnego włóknienia płuc u skompoobjawowych. To świadomość, że ktoś, kogo znamy, może umrzeć, bo go zaraziliśmy, niszczy psychikę.

– Będzie dobrze. Wymażemy się, dopełnimy formalności. Odizolujemy zakażonych i wracamy do pracy – podsumowuję.

Następnego dnia przychodzi wynik Księżnej – pozytywny. Cholera, a taką mi dobrą zrobiła kanapkę. Własnymi rękami. Czyżbym zaraził się przez wektor²⁶? W dodatku dość długo rozmawialiśmy, kiedy siedziałem i wypełniałem zlecenia. Dyżurka pielęgniarek to zamknięte pomieszczenie o powierzchni kilku metrów kwadratowych... – przerywam czarne rozmyślenia i szybko racjonalizuję swoje obawy.

Mam wynik testu – jest ujemny, ale tego, czy nie jest to początkowa faza zakażenia i się nie zaraziłem, dowiem się dopiero za tydzień. Tak naprawę ten wynik oznacza, że nie byłem zarażony wcześniej i nie jestem na przykład od paru dni bezobjawowy. Myślę jednak, że chyba jestem odporny – pocieszam się w myślach.

#wtorek 13 października

Nie podjęto jeszcze decyzji o kwarantannie, ale mam zalecenie pracować do czasu uzyskania wyników testów na pediatrii, tam cały personel jest z kontaktu, a nie da rady zamknąć ot tak oddziału, zresztą nie widzę w tym sensu. Pacjenci i tak są dodatni, a my nie zbliżamy się do siebie i siedzimy w maskach. Poza tym gdybym się zaraził w niedzielę popołudniu, to jeszcze przez minimum czterdzieści osiem godzin, wedle obowiązującej wiedzy, nie zakażałbym.

Popołudniu źle się poczułem, właśnie mijają dwie doby od kontaktu. Nie mam gorączki ani zaburzeń węchu i smaku, ale boli mnie głowa i mam bóle mięśni i kości. Trochę szybko jak na COVID. Moja najmłodsza córka nie chodzi od tygodnia do żłobka, bo jest przeziębiona, może załapałem coś od niej? Może to tylko zwykłe przeziębienie? Nie będę ryzykować. Dzwonię do szefa i kolejne dwa dni będę na L4. W czwartek rano minie piąta doba od kontaktu i trzecia objawów, wynik ujemny w zasadzie wykluczy zakażenie, kontrolny i ostatni będzie w niedzielę. Dobrze, że doktor Karol wziął za mnie wtorkowy dyżur, piątkowego i niedzielnego nie ma kto wziąć.

Nie mam na nic siły, przez te dwa dni śpię po szesnaście godzin dziennie, jakby „nadsypiając” przewlekłe zmęczenie. Od marca pracuję – tak jak inni – na wielokrotnie zwiększonych obrotach, walczę z tą popieprzoną pandemią, a jedyny urlop, o jakim mogłem pomarzyć, to nieco dłuższy odstęp między dyżurami.

Pewien minister, znany z wydania 70 milionów złotych z pieniędzy podatników na wybory, które się nie odbyły, w jednym z programów radiowych przerzuca odpowiedzialność za obecną sytuację z rządu na medyków. A to przecież rząd w trakcie zmniejszonej liczby zachorowań w ciągu wakacji walczył o „stołki”, a nie o łóżka szpitalne. Przykładem takiego haniebnego zachowania jest wypowiedź premiera przed wyborami prezydenckimi: „On (wirus) jest w odwrocie. Nie trzeba się jego bać. Trzeba pójść na wybory. Tłumnie, 12 lipca, nie ma się już czego bać. Latem wirusy są słabsze [...]”. Nawołując swój elektorat i najbardziej narażonych na ciężki przebieg choroby ludzi (seniorów) do aktywnego uczestniczenia w głosowaniu.

Ale wróćmy do słów, które osobiście mnie i wielu moich kolegów zabolowały: „Mamy zabezpieczone środki medyczne niezbędne do tego, żeby z pandemią walczyć. To jest zupełnie inna sytuacja, niż była wiosną, i w żadnym wypadku nie można mówić, że ten czas został zmarnowany. Oczywiście, że występują problemy, tym problemem jest zaangażowanie personelu medycznego, lekarzy [...]”. No i miałem nie wspominać o polityce, mitygować się: „Tomek, nie daj się wyprowadzić z równowagi, ale się nie da” – myślałem.

Panie ministrze, gryząc się w palce, aby napisać to z wystraszającą dozą szacunku dla zajmowanego stanowiska, nie godzi się tak wypowiadać o osobach, które faktycznie walczą z epidemią, jestem głęboko zdęgowany i zasmucony pana wypowiedzią. A próba przerzucenia oskarżeń opozycji na działania rządu i obarczenia tych wszystkich przedstawicieli zawodów medycznych jest na poziomie politycznej piaskownicy. To jak krzyk po rozbiciu wazonu piłką: „Mamo, to nie ja zepsułem, to on!”.

Ale dobrze robię szybki rachunek sumienia i mojego zaangażowania. Odseparowałem się od żony i dzieci na półtora miesiąca, aby ich chronić i maksymalnie angażować się w zwalczanie epidemii, nie miałem żadnego urlopu, kiedy kierowano mnie na kwarantannę w kwietniu, odbywałem ją, pracując przez 130 godzin bez przerwy w izbie zakaźnej, bo nie byłoby

żadnego zastępstwa. Mimo obowiązującego wówczas 100% świadczenia dla medyków na kwarantannie. W marcu, kwietniu, maju i czerwcu pracowałem przy epidemii przekraczając 300–350 godzin miesięcznie. Później nieco się rozleniwiłem i dobijałem zaledwie do 300 godzin, za co serdecznie przepraszam, ale obiecuję większe zaangażowanie. Jakbym wyczuwał wcześniej pańską reprimendę, bo pierwsze efekty już są. W październiku przez pierwsze 11 dni miesiąca jako mało zaangażowany pracownik byłem w pracy zaledwie 128 godzin, więc jest mocno prawdopodobne, że wrócę do słusznej liczby ponad 350 godzin. Z przyjemnością pracowałbym jeszcze więcej, ale ten głupi sen, no i rodzina. Musi mnie pan zrozumieć, to przeszkadza trochę.

#

Kolejną burzę w środowisku, tym razem Porozumienia Rezydentów, wywołało pismo z 14 października pewnego wojewody dotyczące przyjmowania pacjentów do szpitala. Główne założenia wynikające z pisma laikowi mogą wydać się w porządku, ale takie nie są. Zresztą w podobnym tonie jest post Porozumienia Rezydentów. Otóż wojewoda informuje, że odmowa przyjęcia pacjenta na SOR jest niedopuszczalna. Ponadto decyzja Wojewódzkiego Koordynatora Ratownictwa Medycznego o umieszczeniu pacjenta w danym podmiocie jest niepodważalna i podlega bezwzględnej realizacji. Zatem dlaczego ci źli lekarze odmawiają pomocy choremu? Przecież wystarczy go przyjąć do szpitala! Otóż nie...

Na piśmie wszystko wygląda pięknie, tylko to nie jest tak, że przed SOR wychodzi lekarz czy ratownik i krzyczy: „Tu nie przyjeżdżać, bo nie chce nam się pracować”. Szpital nie jest przechowalnią dla pacjentów z karetek, a samo przyjęcie pacjentów nie leczy. Położenie chorego na korytarzu, na materacu, bo nie ma łóżek, bez stanowiska z tlenem, bez personelu, który w tym momencie udziela pomocy na przepelnionym oddziale, kiedy ma COVID-19 i niewydolność oddechową, sprawi tylko to, że on tam umrze. Paradoksalnie lepiej, aby był w karetce pod tlenem i jechał do miejsca, gdzie będzie na niego czekało łóżko, niż był rzucony na materac w kąciaku na SOR-ze. Dyspozytor powinien szukać odpowiedniego miejsca do skutku. Należy wtedy zabezpieczyć jego stan na tyle, aby mógł być dalej transportowany i kierować tam, gdzie miejsce jest. Nikt z nas nie odmówił nigdy pomocy z egoistycznych zachcianek, nie ma miejsc, to nie ma.

Szpital nie jest z gumy, a w dobie pandemii i dominacji choroby zakaźnej, też musimy pamiętać, żeby jednak jakieś normy sanitarne zachowywać. Bo jak my się zarazimy, to kto nas zastąpi?

#

Kiedy słucham naszego premiera i jego obietnic łóżkowych... „stworzymy w przyszłym tygodniu dodatkowe 5000 łóżek, kolejne 1000 respiratorów ect.”, ciśnie mi się na usta jedna odpowiedź. Ho, ho, jak to zabrzmiało... Z całym szacunkiem, panie premierze, nawet w burdelu, jak pan dostawi łóżka, a nie załatwi dziewczynkę do ich obsługi, to nie zadziała. Naszym problemem są zasoby ludzkie. Nas jest za mało, a system ochrony zdrowia łątany na plaster i bandaż w tym państwie z dykty i kartonu właśnie się rozpierdala. Ma pan ograniczone zasoby, pomijam fakt, że jest nas jeszcze mniej, niż było w czasie pokoju, bo według różnych danych około 10% lekarzy w tym momencie przebywa na kwarantannie, a 14 moich kolegów w całej Polsce zakończyło swój ostatni dyżur w walce z koronawirusem i odeszło na zawsze.

Wypowiedzi w stylu „damy uprawnienia rezydentom 4. roku anestezjologii do obsługi respiratorów i w ten sposób zwiększymy liczbę anestezjologów”, są zabiegiem populistycznej manipulacji. Ci ludzie pracują w szpitalach i nie wiem, czy pan wie, ale od co najmniej 2 lat obsługują te maszyny.

piątek 16 października

Wstaję wcześnie, na dworze wciąż jest ciemno, nie zaczyna nawet szarzeć. Wracam do pracy po zaledwie dwudniowym zwolnieniu. Byłem pewien, że to COVID, ale wczorajszy test wyszedł ujemny, a wykonany w trzeciej dobie objawów musiałyby być dodatni. Objawy ustąpiły po odpoczynku, a ja naładowałem akumulatory na serię kolejnych dyżurów. Wciąż pamiętam słowa o zaangażowaniu, te bolą, ale robię swoje, nie mam żadnego wolnego weekendu, dyżuruję co dwa–trzy dni. A do tego też normalnie pracuję do piętnastej. No chyba, że schodzę z dyżuru o 7.25, więc kończę wtedy pracę o jedenastej czy dwunastej. Bywały jednak dni, że przeciągało się to do końca zmiany. Podczas COVID-a wychodzę zazwyczaj wcześniej niż w trakcie zejścia z dyżuru w normalnych czasach. Teraz sam szef nas wygania, wiedząc, że musimy regenerować siły, bo zazwyczaj następnego dnia jest kolejny dyżur. Ale to nie sklep, nie zamykasz kasy i nie wychodzisz, są sprawy, które nie mogą czekać, a przecież nie będę obciążać kolegów, którzy też są zawałeni pracą.

W tygodniu jest lżej, bo do godziny piętnastej jest nas więcej, dyżur zatem obejmuje popołudnie i wieczór oraz upojną noc w rytm pracujących maszyn i hałasu na korytarzu. Szpital jest moją kochanką, wyciąga mnie z łóżka od żony i zapewnia nieprzespane noce, ale takie życie sobie wybrałem.

Rano na odprawie w naszej nowej jeszcze mniejszej dyżurce zbiera się zespół COVID-owy. Poza nami przychodzi nowy ordynator OIT oraz nowa pani ordynator neurologii. W ten sposób większość osób zajmujących się leczeniem COVID-a w szpitalu omawia przypadki zachorowań i dalszą strategię działania. Podoba mi się to, choć w dyżurce brakuje zakaźników. Ciekawe czemu...

Standardowo zaczynamy od informacji o wolnych miejscach i o tym, czy komuś się na tyle pogarsza, że będzie wymagać wentylacji nieinwazyjnej, osocza, które dowożą z całej Polski, albo pomocy anestezjologa. Ordynator anestezjologii informuje, że ma wybudzoną pacjentkę. Na razie chce ją poobserwować i przekaze dopiero jutro. Los pozostałych pacjentów jeszcze się nie wyklarował, ale o dwojgu mówi już, że nie rokują.

Zaczynam coraz większą sympatią darzyć doktora, jest profesjonalny, a przy tej organizacji pracy czujemy się jak zespół. Skoro siadamy w jednej

dyżurce i rozmawiamy o wszystkich pacjentach, to nie ma już nas i ich, jesteście my. Padrino, będąc dyrektorem medycznym szpitala, wprowadził zarządzanie przez autorytet, a nie rozkazy. Ludzie nie robią tego, co mówi, dlatego że im każe, tylko dlatego, że uważają, że ma rację. Zatem zmiany w kadrze kierowniczej w czasie letniej przerwy są w mojej ocenie na plus dla współpracy międzyoddziałowej i efektu terapeutycznego pacjenta.

Co można powiedzieć o oddziale COVID-owym. Jest nieprzewidywalny. Nikogo już nie dziwi to, że nie ma miejsc. Dziś było jednak spokojnie, pacjenci w relatywnie średnim i ciężkim stanie, ale bez istotnej progresji – standardowo, wszyscy trochę się psują, ale nikt tragicznie. No może z wyjątkiem jednego chorego pod respiratorem. Ani stary, ani przesadnie obciążony – równolatek Lenny’ego Kravitz, otyły z nadciśnieniem. Mężczyzna pozornie jest stabilny, choć badania laboratoryjne powoli zaczynają wskazywać, że wpada w niewydolność wielonarządową, zwiększają się też parametry wątrobowe i nerkowe.

Ogólnie ludzie grubi albo – nazywajmy rzeczy po imieniu – przeraźliwie grubi nawet bez innych obciążeń źle znoszą COVID. Zresztą nie tylko COVID, inne choroby układu oddechowego też. Jest specjalny zespół hipowentylacji dla osób otyłych, zwany zespołem Pickwicka²⁷. Dlaczego? Zmniejszona pojemność płuc przez uniesione kopuły przepony oraz zwiększony wysiłek oddechowy poruszania grubą warstwą tkanki tłuszczowej na klatce piersiowej i brzuchu sprawiają, że gorzej się oddycha.

U kolejnego pacjenta mimo dializoterapii, kiedy otrzymuje dość duże dawki heparyny, podejrzewamy zatorowość płucną. Zmiany, które ma w miąższu płucnym w przebiegu infekcji koronawirusem, nie są na tyle nasilone, aby powodować taką duszność, no i ma krwioplucie. Jak zrobić badanie z kontrastem u pacjenta z niewydolnością nerek? Każdy, kto miał kiedykolwiek tomografię, wie, że przed wykonaniem badania obrazowego z kontrastem oznacza się poziom kreatyniny, a także trzeba pić dużo płynów – podawany środek jodowy może potencjalnie uszkodzić nerki, a przynajmniej jest dla nich sporym obciążeniem. Pacjenci dializowani mają skrajną niewydolność nerek, jeśli nerki są uszkodzone na tyle, że pacjent nie produkuje moczu, to mniejszy problem, gorzej jak jakąś diurezę ma zachowaną i podanie kontrastu może tę niewielką filtrację zniszczyć. Kiedy chory ma wdrożone leczenie i może poczekać jak nasz pacjent, umawiamy badanie w pracowni, a potem dializę i kontrast usuwamy. Kiedy jednak nie można czekać, robimy tomografię z kontrastem i ryzykujemy

trwałe uszkodzenie nerek? Podejmujemy takie ryzyko. Z uszkodzonymi nerkami da się żyć latami, z rozwarstwiającym tętniakiem aorty „na pęknięciu” lub zatorem jeźdźcem będą to minuty, godziny, a w najlepszym wypadku dni. Trafna i szybka diagnoza może wtedy uratować życie albo przynajmniej dać choremu szansę.

Nie tak dawno doktor Szewc miał niezwykle pouczający przypadek. Po zmianach kadrowych, jako specjalista medycyny ratunkowej, został kierownikiem naszego małego SOR-u – organizacja tego miejsca w mojej ocenie na tym zyskała. Jakoś mniej było scysji i tarć, choć wiadomo, że w szpitalnej rzeczywistości całkowity brak napięcia między oddziałami jest niemożliwy. Jak zawsze tam, gdzie jest konflikt interesów, SOR chce położyć wszystkich na internę, oddział zaś ma ograniczoną liczbę miejsc i chce przyjąć tylko tych wymagających hospitalizacji – to będzie napięcie.

Doktor Szewc poprosił mnie o konsultację pięćdziesięcioletniego mężczyzny. Chory sygnalizował ból w obrębie klatki piersiowej i nadbrzusza, miał bardzo wysokie niedające się trwale obniżyć ciśnienie 250/120, nieco podwyższone markery uszkodzenia mięśnia sercowego i tomografię jamy brzusznej z kontrastem, w której nic istotnego nie znaleziono. W badaniu z kontrastem, mimo że nie służy ono do oceny naczyń, masywne patologie typu sporego materiału zatorowego, krwawienia, tętniaki czy rozwarstwienia dużych naczyń często są widoczne. Mimo leczenia stan pacjenta się nie poprawiał, do tego skarżył się na silny ból głowy. Zasugerowałem, że coś dzieje się w obrębie OUN i być może to powoduje takie oporne nadciśnienie. Doktor Szewc zaś uważał, że problem jest w brzuchu. Myliłem się. Kolega prawidłowo zdiagnozował pacjenta, co wykazało powtórzone badanie obrazowe w protokole angio-TK ukierunkowanym na aortę. Ono uwidocznilo tworzące się rozwarstwienie długiego odcinka aorty brzusznej. I co z tego, że pacjent dwukrotnie otrzymał kontrast i promieniowanie. Ta diagnoza może uratować mu życie. Trzy godziny później 150 kilometrów dalej zespół specjalistów z chirurgii naczyniowej rozpoczął wielogodziną operację. Jak potoczyły się dalsze losy tego chorego? Nie wiem.

#

– PUK, PUK. – Słyszać od drzwi.

Obróciliśmy się z szefem jednocześnie, bo od czasu, jak jesteśmy COVID-owi przeważnie nikt nie puka, a pielęgniarki zazwyczaj dzwonią.

Do gabinetu zagląda majster w ubraniu roboczym i w regulaminowej maseczce FFP3 na twarzy. My nosimy zwykłe, chirurgiczne, tylko udając się do pacjentów wkładamy te najbardziej chroniące, indywidualne lub FFP2. FFP3 nikt nie ma.

– Dobry... – mówi ze skinieniem głowy.

– Dzień dobry – odpowiadamy.

– Mogę zakręcić tlen na pięć minut? – pyta całkiem poważnie.

– Gdzie? – chce wiedzieć szef.

– No na oddziale – odpowiada z rozbijającą szczerością pracownik.

– Nie, pacjenci wymagają tlenu, poza tym mamy też takich na respiratorach – nie zgadza się stanowczo Padrino.

– Szefie, przynajmniej mielibyśmy miejsca – mówię, gdy tylko drzwi za majstrem się zamykają.

– No, no – przytakuje z uśmiechem. – Czarny humor zawsze w cenie.

Dwie godziny później dzwoni anestezjolog z informacją, że zwolniło się miejsce i wezmą naszego pacjenta „na respiratorze”. Super, jeden problem mniej. Rzucam okiem na listę pacjentów na „ojomie”... No tak, ktoś musiał umrzeć, to pan Stanisław odszedł. Zrobiło mi się smutno.

W nocy pogorszył się stan dwójki pacjentów, zintensyfikowałem im leczenie. Uff... przynajmniej dzisiaj nikt pod moją opieką nie umarł.

#sobota 17 października

Nareszcie mam 24-godzinny weekend. No w sumie, odejmując czas na nocny sen oraz chwilę odespania po dyżurze, to robi się szesnaście godzin wolnego, powiedzmy. Wykorzystuję chwilę i zakładam różowe kaloszki z króliczkiem mojej starszej córce, a młodszą pakuję do wózka. Umówiłem się z tatą, że pójdziemy na spacer z dziećmi, a w tym czasie moja żona sobie odpocznie. Zuzia pobiega po kałużach do woli, poganiamy się w parku wśród kolorowych jesiennych liści. Nie przeszkadza mi, że jest dżdżyście, każda pora roku jest piękna, a teraz urok życia i tego, że nie jestem w szpitalu, doceniam podwójnie.

– Tato, a poczytasz mi w domu bajkę przed snem? – pyta Zuzia.

– No pewnie, a jaką byś chciała?

– O szpitalu i zwierzątkach... – odpowiada z uśmiechem na buzi.

– O matko, a skąd taką wezmę? – pytam ze śmiechem, kucając przed moją Kruszyńką i patrząc jej w oczy.

– Dziadek Adaś od Mili²⁸ ma, babcia Lola mi kupiła – mówi, śmiejąc się moja córeczka.

– Dobrze, to wracając do domu odprowadzimy dziadka i weźmiemy tę książeczkę – proponuję, biorąc Kruszyńkę na barana.

#

To niesamowite jak wiele znaczeń, które rozumieją tylko dorośli, potrafi być ukryte w książce dla dzieci. Czytam bajkę, a na mojej twarzy pojawia się mimowolny uśmiech. W jednej z opowieści do bufetu w zwierzęcym szpitalu wpada zaaferowana kura oddziałowa, informując doktora Słonia, że króliki pielęgniarze wszczęły strajk, ponieważ zepsuł się automat do wydawania marchewek. Żadne logiczne argumenty do nich nie trafiają, a automatu nie ma kto naprawić. Na odsiecz w celu uspokojenia zamieszek i naprawienia automatu rusza doktor Słoń, wzywając na pomoc anestezjologa Susła i swojego asystentoperza²⁹. Całość obrazu dopełnia Kret okulista i Psychorożec (nosorożec psychiatra). Mam wrażenie, że każde z tych opowiadań było pisane na przejaskrawionym przykładzie, ale ma w sobie jakieś ziarno prawdy ze zdarzeń, z którymi autor się zetknął w belgijskim szpitalu³⁰. Przynajmniej miałem niewielką rozrywkę, bo Kicią Kocią, która notabene jest też świetną serią dla dzieci i którą moja Kruszyńka uwielbia, to ja już rzy... To znaczy, mi już się przejadła.

Kiedy dzieci śpią, nie mam już siły pisać dziennika, przeglądam więc prasę i wiadomości ze świata. Większość informacji wyświetlających się na pewnym biało-niebieskim portalu społecznościowym ma charakter branżowy, choćby przebijające pomiędzy zdjęciami znajomych medyczne raporty i dyskusje z różnych grup medycznych. Czasem jednak trafią się perełki, jak informacje o odkryciach astronomicznych, które u mnie zawsze mają pierwszeństwo. Gdzieś na świecie w całej tej pandemicznej zawierusze zespół naukowców wymyślił metodę, a potem udowodnił i zmierzył spin supermasywnej czarnej dziury, znajdującej się w centrum naszej galaktyki – Sagitariusa A. Jaram się tym strasznie, dzielę się linkiem z moim tatą, razem interesujemy się astronomią i astrofizyką. Około drugiej w nocy natrafiam na prowadzony przez Centrum Symulacji Medycznej SUM w Zabrze wykład mgr. Jacka Wawrzyńka dotyczący podstaw

wentylacji mechanicznej. Wczoraj czytałem artykuły o ustawieniach respiratorów w ARDS oraz prosiłem szefa, żeby jeszcze raz na sucho pokazał mi, jak ustawić NIV i respirator pod konkretnego pacjenta z COVID-em.

Po 10 minutach wykładu pójdę spać, jeśli będzie ciekawy, to odsłucham do końca. Nieco ponad godzinę później wykład się skończył. Jacku, jeśli mogę się tak do Ciebie zwracać jako kolega medyk. *Chapeau bas*, kawał dobrej roboty. Całość była prowadzona w tak ciekawy sposób, że mimo późnej godziny nie byłem w stanie się oderwać. To nie jest tak, że nauczyłem się wentylować mechanicznie pacjentów, o nie, do tego długa droga. Po prostu zrozumiałem, co i po co się ustawia w tej patologii, jakie wartości i dlaczego należy je zmieniać. Gdyby podejść do tego bez emocji i stresu związanego z tym, że pod maszyną za chwilę będzie leżał żywy pacjent, to samo ustawianie respiratora jest logiczne i oparte na fizyce. Nie ma w tym żadnej magii. Musimy osiąść pewien podstawowy poziom wiedzy potrzebny w kryzysie, jakim jest pandemia – ustawienia respiratora czy NIV-a zależą od parametrów pacjenta, maszyna ma za niego oddychać, a ja mam wiedzieć, na co patrzeć i co może pójść źle. Jak chronić pacjenta przed barotraumą³¹. A niech już koledzy specjaliści modyfikują poszczególne parametry, wykazując pełną znajomość maszyny. „Easy to learn, hard to master”³² z tym, że nigdy nie osiągnę mistrzostwa w obsłudze respiratora i nie będę dążyć do tego. Zostawiam to specjalistom z OIT-u. Na razie każdy respirator ustawiają anesteziolodzy albo szef, ale ja się szykuję, bo czuję, że będzie moment, w którym nikt ze specjalistów nie będzie mógł mi pomóc, bo będą zajęci. I wtedy stanę nad pacjentem i to ja będę musiał podłączyć go do respiratora. Po prostu się przygotowuję.

#niedziela 18 października

Mój kolejny dyżur znowu z szefem. Sytuacja na oddziale COVID-owym zmienia się niczym pogoda w górach. W piątek wszyscy pacjenci byli w stanie średnim, dziś większość jest już w ciężkim. Dyżurni raportują, co się działo, nie mieli czasu na odpoczynek, nawet w nocy. Nad ranem umiera nagle dwóch pacjentów, bez cech niewydolności oddechowej – pacjent z zatorowością mimo intensywnie prowadzonego leczenia oraz chory będący dotychczas w stanie średnim. Zmarł we śnie, znaleziono go rano w łóżku, przykrytego kołdrą, na jego twarzy malował się spokój.

Na oddziale leczymy też młodą kobietę, niewiele starszą od mnie, której stan jest ciężki. Pół roku temu urodziła dziecko, w trakcie rozpoznano u niej cukrzycę ciążową. Po porodzie sytuacja przejściowo się unormowała, od połogu zaś minęło parę miesięcy. Znalaziono ją nieprzytomną w domu, glikemia rzędu kilku setek mg/dl. Zaburzenia świadomości i taki poziom cukru świadczyły o ciężkiej kwasicy metabolicznej, no i oczywiście test na koronawirusa dodatni. Czy to COVID był sprawcą takiego stanu? Wątpię, ale każda infekcja czy to bakteryjna, czy wirusowa potrafi rozchwiać poziomy glikemii, być może wirus był tym kamyczkiem, który popchnął całą lawinę prowadzącą do rozstroju zdrowia tej pacjentki.

Po porannych zgonach mamy dwa wolne miejsca i kolejne cztery po wypisach ozdrowiałych pacjentów. Choć tylko dwoje miało podwójnie ujemne testy. Jeden chory był prawdziwym ewenementem, ponieważ miał dodatnie przeciwciała i to z oznaczonym mianem, zmiany typowe dla COVID-a w tomografii, niewydolność oddechową o typowym dla COVID-a przebiegu wymagającą intubacji i podłączenia do respiratora. Jednak wynik testu, mimo pięciu badań PCR, pozostawał niezmiennie ujemny. Został przekazany do nas z OIT-u, tu kolejny test był również ujemny. Dlaczego? Nie wiadomo. Mam swoją teorię, choć wynika ona jedynie z logicznego założenia. Test PCR nie stwierdza, czy ktoś jest chory, czy nie, wykrywa obecność wirusa na powierzchni nabłonka gardła i nosogardzieli. Skoro są tzw. superroznośnicy³³, którzy mają o wiele większy potencjał zakaźny i zieją ogromną ilością zakaźnego areozolu na prawo i lewo, to może mamy przypadek takiego niemego nosiciela, pacjenta, który się zakaził, rozwinął objawy, a mimo to z jakiejś przyczyny, najpewniej genetycznej, wirus nie uległ ekspresji na powierzchni komórek. Może był zakażony, ale bez potencjału zakaźnego, albo bardzo szybko wyeliminował wirusa, a rozpędzony mechanizm destrukcyjny dalej niszczył jego płuca. U jednej osoby zakażonej wiosną, chodzi o kierowcę tira opisywanego w „Niewidzialnym froncie”, również mimo bardzo dużego podejrzenia COVID-a – wywiad epidemiologiczny, objawy, typowy obraz w TK – nie udało się wyizolować wirusa testem RT-PCR. W końcu podejrzewaliśmy ornitozę, ale obraz też do niej nie pasował. Może zdarzają się przypadki COVID-a o tak nietypowym przebiegu?

Dobra wiadomość jest taka, że to drugi pacjent w ciągu ostatnich dni, który zszedł „z rury”. Może procentowo będzie mniejsza śmiertelność niż wiosną, pocieszam się w myślach. Choć wtedy próbka była mała, więc dane

mogą być niemiernodajne. Kolejny mężczyzna, który doczekał się dwóch ujemnych wyników, był bezobjawowy, miał tylko test dodatni przy przyjęciu na SOR, gdzie trafił w hmm... wybuchowy sposób. Lekko poparzona twarz zaczęła się już goić, ale poparzenia rąk były bardziej rozległe – trochę czasu minie zanim pokryje je świeża różowa warstwa skóry.

– Panie Witoldzie, jak to się stało, że pan się poparzył? – pytam w trakcie porannej wizyty kilka dni wcześniej.

– Wie pan, panie doktorze, jestem monterem, łączę różne kable, i one są zabrudzone taką mazią, no to więc czyszczę je benzyną ekstrakcyjną. Musiała być jakaś izolacja zerwana czy coś. I zaczęło się palić, najpierw ubranie. Na początku nic nie czułem ani nie widziałem, bo płomień praktycznie bezbarwny jest, tylko koledzy zaczęli wołać: „Witek, jarasz się”. No to wyskoczyłem z tego dołu, w którym montowałem, i mnie ugasili. Ale jak to się stało? Nie wiem. Tak samo, jak nie wiem, skąd mam tego wirusa – odpowiada szczerze pacjent.

– No dobrze, że nic więcej się nie stało – dorzucam.

– No dobrze, że nie walnęło, jak byłem w dole, boby po mnie było.

Pan Dariusz z oddziału buforowego czuje się świetnie i z samego rana wyjeżdża do domu. Objawów nie ma już od paru dni, mimo że wcześniej był przerażony dusznością. Jest świeżo upieczonym tatą, ma ślicznego synka, którego zdjęcie pokazywał mi w piątek. Nie ma jeszcze ujemnego wyniku, ale zostaje wypisany do dalszej izolacji do domu. Tam czeka na niego dodatnia jeszcze żona i pierworodny. Rozumiem, że nie może się doczekać. Poza tym czekają go obowiązki, świeżo upieczona mama wymaga szczególnej troski i opieki, zwłaszcza w tym okresie, a wreszcie będą razem. Przeżywali gehennę rozłąki i hospitalizacji w dwóch różnych szpitalach zakaźnych. Pan Dariusz strasznie się o nią martwił, a warunki sanitarne ze szpitala dla ciężarnych pacjentek COVID-owych, które mi pokazywał na zdjęciach, wołały o pomstę do nieba. Marne jedzenie, zagrzybione łazienki, odrapany tynk odpadający ze ścian – realia polskich szpitali. Nasza porodówka, mimo że remont przeszła kilka lat temu, wygląda o niebo lepiej. Zarówno pan Dariusz, jak i inna nasza pacjentka, która nie prezentowała żadnych objawów od dłuższego czasu, nie musieli czekać na negatywne wyniki, aby pójść do domu.

W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 1 września 2020 doszło do zmiany zasad izolacji pacjentów z dodatnim wynikiem COVID. Dodano

tam zapis, który pozwala zdjąć izolację z pacjentów bezobjawowych po 10 dniach od potwierdzenia zakażenia oraz po 13 dniach u pacjentów objawowych, pod warunkiem że od minimum 3 dni nie mają żadnych objawów ze strony układu oddechowego. Tak więc przy spełnieniu tych kryteriów pacjenta można wypisać, ba, można go wypisać nawet wcześniej, jeśli jest skąpo- lub bezobjawowy. Trzeba tylko zaznaczyć, do kiedy ma być poddany izolacji i powiadomić sanepid.

Po skończonej wizycie na oddziale buforowym wracam na internę, to tam będzie dzisiaj najcięższa praca. Wszystkie miejsca zapełniają się bardzo szybko, telefony z prośbami o przekazanie chorych ciągle dzwonią, w zasadzie po kolejnych dwóch godzinach mamy zarezerwowane prawie wszystkie miejsca, zostaje tylko jedno wolne.

Szef rozdziela pracę po równo, przynajmniej w swoim mniemaniu, bo bierze więcej pacjentów cięższych na siebie, zamiast obciążyć tym podwładnych. Co nie znaczy, że ja mam luz, po prostu pracy jest dla dwóch lekarzy aż nadto. Przyjmuję starszą zakręconą panią na salę dwuosobową. Kobieta niedosłyszy, poza tym mówi, że niektórych leków z listy nie bierze, np. „tych na serce, bo za dużo tabletek łyka, ale te od psychiatriy musi brać, bo świruje”. Kiwam głową, mam wrażenie, że należałoby zwiększyć dawkę pani Adeli. Jest nakręcona przy mówieniu i ruchach ciała, saturacja spada poniżej 85%, za chwilę dostanie tlen.

Chwilę później i znowu muszę być w innym budynku, na oddział buforowy przyjmuję młodą kobietę, choć pesel wskazuje, że ma 47 lat, wygląda na zaledwie 30 parę. Wysportowana, z kaloryferem na brzuchu, po prostu fit. Przekazana do nas z głównego szpitala w województwie tego z trzecim stopniem referencyjności. Dlaczego? Lekarz, który dzwonił w sprawie przekazania, twierdził, że szkoda jej do nich, bo nie stosują osocza i Remdesiviru, a wie, że my to robimy. Poza tym nie jest to przypadek skomplikowany i żaden ze specjalistycznych oddziałów jej nie weźmie, a internę mają zapchaną.

– Jak się pani czuje? – pytam.

– Dobrze, w zasadzie to nie wiem, czemu tu jestem. Mieli mnie wypuścić do domu. Wie pan, panie doktorze, dla mnie to szok, bo trenuję regularnie crossfit, a zemdlałam w domu. Pewnie przez gorączkę.

– No musimy panią poobserwować. Jak wszystko będzie dobrze, to wypuścimy do domu na izolację, ale na razie zrobimy badania. Teraz ludzie

zbierają się na protesty w Warszawie z powodu zamkniętych klubów fitness – nawiązując do ćwiczeń.

– No tak, pewnie gdybym nie zachorowała, to bym pojechała też protestować. A tak jestem tutaj – odpowiada smutnie pacjentka.

W sumie nie wiem, dlaczego trafiła do nas, przekaz lekarza o jej stanie zdrowia był zdecydowanie gorszy. A tak w zasadzie mogłaby być w domu, spędziła w klinice dwa dni, w czasie których zrobiono tylko podstawowe badania krwi i RTG klatki (zupełnie niemiarodajne w odniesieniu do koronawirusa). Myślę, że u nas spędzi kolejne dwa dni na obserwacji i po wykonaniu badań wypiszemy ją do dalszej izolacji w domu. Nie kwalifikuje się ani do osocza, ani do Remdesiviru. Jest w zbyt dobrym stanie, całkowicie wydolna – 98% saturacji bez tlenu.

Nie było mnie raptem 50 minut na oddziale, ale kiedy wróciłem na internę, sytuacja już zdążyła się zmienić.

– Długo cię nie było – mówi szef. Jego twarz jest lekko zroszona potem, a na czole i policzkach widać bruzdy, odcisnęła je maska. Pewnie dopiero się rozebrał z kombinezonu.

– No szefie, zanim poszedłem, przebrałem się, zebrałem wywiad, zrobiłem dokumentację... – tłumaczę.

– Nie, no luz, jak tam ta babeczka? – pyta Padrino.

– Dobra, wcale nie desaturuje. Nie wiem, po co ją tu wysłali – mówię.

– To dobrze, tacy pacjenci też nam się przydadzą, a nie sami „ciężcy”. Jak cię nie było, wsadziłem cztery osoby na wentylację nieinwazyjną i przyjąłem dwoje pacjentów, muszę ich tylko opisać. Przebierz się i za piętnaście minut zobacz, czy nie mają przecieków i jak saturują na NIV-ach – wydaje polecenie mój przełożony.

– Jasne – odpowiadam, wkładając kawałek kurczaka z ziemniakami do mikrofal. Jak teraz nie zjem, to nie zjem wcale. Kwadrans to całkiem sporo czasu. Na dworze jest już ciemno, ale podwórko rozświetlają reflektory budowlane. Praca w modułowym szpitalu trwa całą dobę – ma być gotowy na dniach.



Tuż przed włożeniem maski i wejściem na strefę brudną.
Fot. kolekcja własna

Wskakuję w kombinezon i rozpoczynam rundkę po oddziale. Jest źle, w pierwszej sali intensywnego nadzoru leży troje chorych. W najlepszym stanie jest pani przekazana po wybudzeniu z OIT, wymaga jedynie tlenu na wąsy. Obok młody mężczyzna się już przełamał i zdrowieje, saturację trzyma powyżej 95% z tym, że na high-flow w donosowym przepływie 60 litrów mieszanki tlenu i powietrza. Nasza instalacja na oddziale jest w stanie dostarczać 40 litrów tlenu na minutę, a więc stężenie tlenu w mieszaninie osiąga 67%. Dlatego zatem 60 litrów mieszaniny, a nie 40 litrów czystego tlenu? Większy przepływ to większe dodatnie ciśnienie końcowo wydechowe, zwane brzydko PEEP³⁴, co jednak niewiele znaczy dla laika. To dodatnie ciśnienie powoduje, że przy wydechu opróżniające się pęcherzyki płucne nie zapadają się do końca, a jedynie częściowo

kurczą. Należy pamiętać, że są objęte stanem zapalnym, więc chroni je to przed sklejeniem oraz powoduje, że ich ściany wykonują o wiele mniejszą pracę, a więc ogranicza uszkodzenia chorych tkanek.

Kolejny pacjent jest na NIV-ie, to jeden z nowo przyjętych pod moją nieobecność. Pięknie współpracuje z maską.

– Panie Józefie, dobrze? Wytrzyma pan w masce? – pytam mężczyznę.

Chory ściska moją rękę przez kombinezon i nieznacznie kiwa głową. W masce nie bardzo można mówić, a powietrze jest dopychane przy oddechach do płuc. Pan Józef jest dzielny i ma wolę walki. Sprawdzam przecieki, ale te są w normie, relatywnie niskie. Maską dobrze przylega. Tylko saturacja niska 84% na NIV-ie. Sprawdzam ustawienia maszyny, ale wydają się w porządku.

W drugiej „erce” jest jeszcze gorzej, nowo przyjęty pacjent jest również na wentylacji nieinwazyjnej, ale kontakt z nim jest płytki, w zasadzie wybudza się jedynie na potrząsanie. O tyle dobrze, że utrzymuje 98% saturacji przy tej metodzie wentylacji. Nie znam człowieka, nawet nie wiem, jak się nazywa. Przybył zaledwie kilkadziesiąt minut temu w skrajnej niewydolności oddechowej.

Kolejna chora rano dość mocno desaturowała na worku z rezerwuarem, przy maksymalnym przepływie osiągała wartości poniżej 80%. Ma założonego NIV-a, ale się z nim kłóci, i co chwilę zrywa maskę z twarzy, a wtedy saturacja drastycznie spada do krytycznego poziomu 50%. Dusi się, to widać – oddycha całym ciałem. Póki ma NIV to jakoś się trzyma na tych 87–88%, które dostaje.

Młoda pacjentka z cukrzycą nie ma niewydolności oddechowej, udało nam się wyrównać skrajną kwasicę metaboliczną, dalej ją ma, ale nie tak ostrą jak w momencie przyjęcia. Parametry pH krwi już tylko w niewielkim stopniu odbiegają od normy. Teraz to kwestia wyrównania pozostałych zaburzeń. Pacjentka dostaje ogromne ilości płynów, insulinę we wlewie dożylnym i potas do wkłucia centralnego. Nie odzyskała jednak świadomości, co mnie martwi. Jej źrenice, kiedy unoszę powieki, są reaktywne na światło, ale oczy mnie nie widzą. Nie ma z nią kontaktu. Niepokoi mnie to, bo po wyrównaniu kwasicy powinien z nią być jakiś kontakt, splątany i nielogiczny, ale powinna wchodzić w interakcje. A tak kręci się na łóżku, przewraca z boku na bok, a świadomości nie ma. Tomografia głowy nic nie wykazała, boję się, że rozwinął się obrzęk mózgu przez kwasicę.

Dzwonię ze skażonej komórki do szefa.

– Pan Józef ma niską saturację, mimo współpracy z maską, pani Grażyna parametry ma lepsze niż on, ale kłóci się z NIV-em i zrywa maskę, ten nowy chyba jest okej, ma najlepsze wyniki, ale jest utrudniony kontakt. A młoda, szefie, nie podoba mi się, w gazówce się wyrównała, a dalej nie ma z nią kontaktu.

– Wiem, już napisałem jej skierowanie na TK głowy, zaraz się przebiorę i przyjdę, mamy przyjęcie na ostatnie miejsce – oznajmia Padrino.

Kiedy dołącza do mnie, najpierw idziemy do sali pana Józefa. Szef sprawdza nastawy – wszystko jest okej.

– Panie Józefie, a wytrzyma pan na brzuchu z tą maską chociaż parę godzin? – pyta szef.

Pacjent kiwa głową, a my staramy się obrócić go na brzuch. Nie jest to łatwe, mężczyzna próbuje nam pomóc, ale nie ma siły. Cały jego wysiłek jest skupiony na oddychaniu. Wydaje się, że w pozycji na brzuchu („prone position”) trudniej oddychać, ale nie przy zespole ostrej niewydolności oddechowej (ARDS), a o takiej patologii mówimy w COVID-zie. Tę pozycję stosują często anestezjolodzy. W trakcie respiratoroterapii poprawia upowietrzenie części grzbietowej i szczytowej płuc. Są też badania, które wykazują korzyści tej metody dla pacjentów przytomnych z wentylacją nieinwazyjną, o ile współpracują z zespołem terapeutycznym³⁵.

Nie jest to komfortowa pozycja, ale pan Józef ma wolę walki, układamy go na brzuchu, a głowę nieco na boku, aby maska od wentylacji NIV nie uciskała go bardziej niż zwykle. Nie wiem, jak długo tak wytrzyma, ale wentylacja w tej pozycji zwiększy jego szansę. Chcemy zamówić osocze dla niego, ale w promieniu 300 kilometrów nie ma.

– Jest przyjęcie! – woła pielęgniarka przez uchylone drzwi do sali intensywnego nadzoru. Prowizoryczne śluzy z folii budowlanej na tych salach wytrzymały zaledwie parę dni. Naderwane smętnie zwisają, nie spełniają już swojej funkcji, choć ich powierzchnia może jakoś jeszcze chronić przed częścią zakaźnego areozolu.

Młody trzydziestoparoletni mężczyzna na pierwszy rzut oka nie wygląda źle, stoi przy łóżku, które poprawia pielęgniarka. Po przyjrzeniu się widać, że jego twarz pokrywa pot, a klatka piersiowa pod T-shirtem z nazwą pewnego zespołu rockowego unosi się szybko i rytmicznie, na pewno ma tachypnoe co najmniej 30 oddechów na minutę.

Musimy zrobić przemeblowanie, pod tą ścianą nie ma gniazda z tlenem, a pacjent będzie wymagał tlenoterapii. Biorę pulsak od monitora przypiętego do leżącego obok pacjenta – 77% saturacji bez tlenu.

Młody mężczyzna nie ma pojęcia o swoim stanie, po prostu siedzi na łóżku i szybko oddycha, klasycznie już nie podaje duszności, ale nie jest w stanie podjąć żadnego wysiłku. W anglojęzycznej literaturze określa się to jako *happy hypoxemia* – szczęśliwa hipoksemia, pacjent nie czuje, że jego komórki się duszą z braku tlenu.

Łóżka są upchane na styk, więc w zasadzie nie ma żadnej możliwości manewru. Wyjeżdżamy z jednym pacjentem na korytarz, na chwilę odłączając go od tlenu, nie wymaga go już tak dużo. I robimy przemeblowanie. Ostatni pacjent na tej sali nie potrzebuje tlenu już, pewnie za dwa–trzy dni wyjdzie do domu, czeka na ujemny wynik testu lub trzy dni bez objawów.

– Przynieś high-flowa – instruuje szef.

– A mamy jeszcze jakiś? Dwa były w użyciu – pytam.

– Neurologia ma, pożyczymy – mówi Padrino, zakładając pacjentowi tymczasowo maskę z rezerwuarem.

Dzwonię na neurologię, ale doktor Milena informuje mnie, że nie ma, właśnie podłącza swojemu ciężko choremu pacjentowi ostatni aparat.

W końcu zabieram high-flowa stojącego na wszelki wypadek koło innego młodego pacjenta, który od dwóch dni wytrzymuje w masce z rezerwuarem, ale przy wysiłku wciąż saturacja mu spada. W tej chwili jednak nie potrzebuje tej maszyny. Ten pacjent jest lekarzem, nie robi najmniejszych problemów, kiedy zabieram aparat. Na razie daje radę na standardowej tlenoterapii i rozumie, że jest ktoś bardziej potrzebujący. Ma też dużo szczęścia, drugi raz w życiu przeżywa ostre śródmiąższowe zapalenie płuc.

Kompletuję wszystkie jednorazowe części i wracam na salę ze sprzętem.

– Neurologia nie ma, ale zabrałem doktorowi, bo on już nie potrzebuje.

– Bardzo dobrze, Toma, ale... – przerywa, bo do śluzy wkłada głowę nieubrana w kombinezon pielęgniarka.

– Mamy zatrzymanie na „piętnastce”!

Świat znowu przyspiesza, zostawiamy sprzęt i biegniemy w kombinezonach do zatrzymania. Prowizoryczne śluzy z folii rozstępują się pod pędem powietrza. Na sali intensywnego nadzoru pielęgniarka uciska klatkę piersiową pacjenta podłączonego do NIV-a. To ten, którego jeszcze nie zdążyłem poznać. Szef go przyjmował, nie było kiedy zerknąć do

komputera. Zapis monitora pokazuje płaską linię, asystolię z wytworzonymi artefaktami uciskania klatki piersiowej.

– Adrenalinę jeden miligram dożylnie – instruuję pielęgniarkę i lecę zmienić ją w uciskaniu klatki, żeby podała lek.

– Nie, zostawcie – odpowiada szef. – On jest DNR³⁶, ma rozsiały proces nowotworowy, wszędzie przerzuty. Pozwalamy mu odejść. Odwołajcie zespół reanimacyjny.

Pacjent wiekowy, schorowany z procesem nowotworowym i przerzutami, z niewydolnością oddechową w przebiegu COVID. Dopiero przyjęty na oddział. Pielęgniarki podjęły dobrą decyzję. Nie wiedząc, jakie ma obciążenia, rozpoczęły akcję i nas zawołały, natomiast szef odstąpił od reanimacji. Zawsze jeśli się nie wie lub ma wątpliwości, należy rozpocząć akcję.

Uważny czytelnik może zadać sobie pytanie, czemu zatem niespełna dwa tygodnie wcześniej reanimowałem pacjenta z guzem nerki w tomografii? Z dwóch powodów: po pierwsze guza znaleźliśmy my, więc nie ma rozpoznania histopatologicznego potwierdzającego złośliwość nowotworu, a to w onkologii jest wiążące. Po drugie pacjent był w bardzo dobrej kondycji, nie był jeszcze oceniany przez onkologa ani zakwalifikowany do leczenia. Być może resekcja nerki i następcza chemioterapia zapewniłaby mu wiele lat życia.

Pani Janina mimo podaży leków znowu zerwała NIV, a jej saturacja spadła bez tlenu do 53%. W tym samym czasie dziewczyny pakują zwłoki pacjenta do plastikowego worka, a ja staram się ponownie uszczelnić maskę od nieinwazyjnej wentylacji. Nie chcę nawet myśleć, co ona czuje, kiedy patrzy na „pakowanie” zwłok i sama sinymi ustami łapie płytkie, szybkie oddechy.

– Jak pani znowu zerwie maskę, nie będziemy mieli wyboru i będziemy musieli panią zaintubować i podłączyć pod respirator. Nie da rady pani sama bez tej maszyny oddychać – mówię, stukając palcem w nieinwazyjny respirator. Wątpię jednak, żeby do niej to dotarło.

Respirator nieinwazyjny to większa szansa na przeżycie niż rura, nie wolno tylko zrywać maski. Czasem jednak i to nie wystarczy i wtedy musimy wejść na ten ostatni poziom terapii.

– Wystawimy to łóżko na korytarz, a przyjedziemy tu z tym nowym młodym – mówi szef do pielęgniarek.

Wracamy do naszego pacjenta na salę.

– Przeniesiemy pana na salę intensywnego nadzoru, akurat zwolniło się miejsce – oznajmia szef ciepłym głosem.

Staram się sobie wyobrazić, jak to wygląda z perspektywy pacjenta. Najpierw robią przemeblowanie, żeby podłączyć mu tlen, potem przynoszą jakąś dziwną aparaturę z rurami, następnie wybiegają z sali z powodu zatrzymania krążenia, a po dziesięciu minutach wracają i mówią, że zwolniło się miejsce na sali intensywnej terapii i biedaka tam zabierają. No ja w tym momencie byłbym, delikatnie mówiąc, przerażony.

Żeby przenieść chorego do innej sali, znowu wyciągamy łóżko z pacjentem leżącym najbliżej drzwi i wyjeżdżamy ty właściwym. Przy okazji patrzę na starą, pomarszczoną twarz pana Henryka i mi go szkoda – pokonał COVID i wraca do zdrowia. Poczciwy staruszek, trochę zalękniony sytuacją. Kilka dni wcześniej na neurologii umarła jego żona, ale on o tym nie wie. Córka, która była upoważniona do udzielania informacji, prosiła, żeby mu nie mówić.

Jedziemy z panem Damianem na „erkę”, mimo że to tylko trzydzieści metrów, ma podłączoną butlę transportową z tlenem. Nie chcemy, żeby desaturował nawet na chwilę. Ten młody człowiek poza cukrzycą nie ma innych obciążeń, a jednak przechodzi COVID ciężko. Zwalniamy, bo w połowie korytarza stoi łóżko, trzeba je wyminąć, miejsca jest na styk – bariereki trą o siebie. To łóżko wyciągnięte z „intensywnej”, a na nim ciało w worku. Do hermetycznego worka przyklejona jest karteczka z danymi pacjenta. W oczach pana Damiana widzę mieszaninę strachu i niedowierzania, jeśli coś zapamięta z tego dnia, to właśnie to.

Ja zaś patrzę i pragmatycznie zastanawiam się, czy nie lepiej jeszcze pisać danych markerem na worku. Żeby się nie pomylić, jak na korytarzu będzie leżeć więcej ciał. Kartka zawsze może się oderwać lub odlepić.

W „intensywnej” podłączamy pacjentowi high-flow, zdecydowanie bardziej lubię to urządzenie – jest proste i intuicyjne. Grube wąsy tlenowe tłoczą do nosa 60 litrów mieszanki powietrza z tlenem na minutę.

– Poczuje pan taką morską bryzę w nosie – mówi szef, najwyraźniej to jego eufemizm na ten strumień wdmuchiwanego do nosa powietrza. Ani z morzem, ani z bryzą nie ma to wiele wspólnego. – Proszę tych wąsów nie ściągać. Dobrze? – dodaje.

Pan Damian kiwa głową. Jest małomówny, prawdopodobnie zdezorientowany z niedotlenienia i emocji.

Idziemy się rozebrać, mija kolejna godzina w kombinezonie, mam suche i spierzchnięte usta. Utrata płynów przez pot jest wielokrotnie większa. A ostatnio piłem niewielki kubek kawy do obiadu. Niczym po intensywnym treningu wypijam duszkiem pół litra wody w dyżurce i nalewam sobie kolejną szklankę, aby ją powoli sączyć w trakcie wypełniania dokumentacji.

– Doktorzy, młody z „erki” wszystko ściągnął – nie ma high-flowa, mówi, że się dusi – donosi pielęgniarka.

– Przecież byłem tam trzy minuty temu, kiwał głową, że rozumie... – odpowiadam z westchnieniem i dopijam wodę.

Przy okazji zrobię wieczorny obchód. Wcieram odrobinę mydła w płynie na sucho w wewnętrzną stronę maski, zauważyłem, że jak uzupełniam płyny, maska bardziej paruje. Zapewne jest wtedy więcej pary wodnej w wydychanym powietrzu, wtarta warstwa mydła czy płynu do mycia naczyń skutecznie ogranicza parowanie.

Po wejściu na salę widzę, że pan Damian faktycznie nie ma wąsów do tlenoterapii wysokoprzepływowej, wyją alarmy, informując o niskiej saturacji na dwóch monitorach. U niego 77%, u pani Janiny 44%. Znowu zerwała maskę NIV, tym razem wylądowała pod kaloryferem metr od łóżka. Musiała to zrobić w międzyczasie, kiedy pielęgniarka poszła mnie zawiadomić. Musiało ją to sporo kosztować, żeby jeszcze wyrzucić z łóżka. Przecież cały jej wysiłek zabiera teraz oddychanie. Jest silnie niedotleniona, zakładam maskę z workiem z rezerwuarem i ustawiam przepływ na maksymalny. Saturacja powoli rośnie i zatrzymuje się w okolicach 70%.

– Pani Janino, bez tej maski pani się udusi albo ona, albo respirator. Rozumie pani? Wyraża pani zgodę na podpięcie pod respirator? Będzie pani nieświadoma tego.

– Tak, duszę się.

– Szefie, pani Janina nie współpracuje z NIV-em, zerwała znowu maskę, saturacja praktycznie nieoznaczalnie niska 44%. Myślę, że już czas do kwalifikacji „na rurę”. Wyraża zgodę na to, sprzeciwia się kolejnej próbie nieinwazyjnej – o ile w jej stanie można w ogóle mówić o świadomej zgodzie. Potrzebna nam kwalifikacja – mówię przez skażony telefon ze strefy brudnej.

– Zadzwoń do anestezjologów. A młody? – dopytuje Padrino.

– Młodego zaraz ogarnę – odpowiadam i kończę rozmowę.

– Panie Dariuszu, dlaczego pan zdjął te wąsy, mówiliśmy, że nie wolno tego robić.

– Bo one mnie duszą, tak dmuchając – odpowiada pacjent.

– One pomagają – bez wąsów na leżąco jest 77% saturacji, norma to 99 do 96%, na tych wąsach osiąga pan 90%. Tego się nie czuje, a komórki bez tlenu się duszą. Musi pan mieć te wąsy. Trzeba przetrzymać parę dni na tlenoterapii i pokonać wirusa, bez tego może nam się nie udać. Udusisz się. Rozumiesz? – tłumaczę pacjentowi.

– Tak – odpowiada, chory bez przekonania.

Idę dalej. Pogorszył się stan kolejnego pacjenta zdyskwalifikowanego z intensywnej terapii, mimo że dostał osocze ozdrowieńców. Nie współpracuje też z wentylacją NIV i nie możemy podłączyć. Przepływ tlenu ma ustawiony na maksymalny, zostaje tylko czekać. W tej samej sali od trzech dni umiera inny chory i nie może się ostatecznie zdeklarować. Jakkolwiek cynicznie to brzmi, taka jest prawda. U niego nie ma już żadnych opcji terapeutycznych, walczy z nowotworem, niewydolnością oddechową oraz ostrymi dializami, które włączyliśmy mu przy przyjęciu. Teraz jest umierający, na etapie niewydolności wielonarządowej, bez świadomości. Nie wiem, dlaczego jeszcze żyje. Zakładaliśmy, że to nie potrwa długo, tymczasem trwa w zawieszeniu już trzy dni. Nic się nie da zrobić.

– Doktorze... – Do śluzy prowadzącej na salę wchodzi pielęgniarka w kombinezonie.

– Ten młody z „erki” znowu zdjął high-flow i wyszedł z sali. Mówi, że doktor mu pozwolił.

– Nie pozwoliłem. Już idę... – Wzdycham, nie wiem, jakich słów użyć, żeby dotrzeć do pacjenta.

– Niech pani weźmie piątkę „rolki”, w tabletkę – wołam za pielęgniarką.

Chory znowu leży bez wąsów, tym razem nawet alarm nie wyje, bo nie ma założonego pulsaka. Zakładam aparat na palec, a pomiar wskazuje 72%, spada.

– Panie Dariuszu – zaczynam po raz trzeci. – Dlaczego zdjął pan wąsy z tlenem?

– Musiałem iść do toalety – odpowiada chory nieświadomy swojego stanu.

– Nie może pan wychodzić z sali, tu jest kibelek przenośny, a tu jest kaczka. Wąż od maszyny jest na tyle elastyczny, że sięgnie. Musi pan

zrozumieć, że pana stan jest ciężki. Tu jest tabletki relanium. To lek uspokajający, pomoże panu wytrzymać, wiem, że to niekomfortowe, ale to dla pana dobra.

– Dobrze – godzi się po raz trzeci w ciągu godziny.

Do tej pory nie zastosował się do zaleceń. Jak go przekonać? Muszę jakoś spróbować.

– Ma pan żonę? – pytam.

– Tak.

– Jak ma na imię?

– Ewa.

– A ma pan dzieci?

– Tak, dwójkę.

– Chłopiec? Dziewczynka?

– Dwie córeczki.

– To tak jak ja. Też mam dwie śliczne córeczki, czekają na mnie za każdym razem, jak wracam do domu. I na pana też. Jest pan młody, przejdziemy przez to razem, ale musi nam pan zaufać i nie ściągać tych wąsów. Inaczej będzie się pan kwalifikował do takiej maski, jaką miała tamta pani. – Wskazuję palcem na drugą stronę sali. – Albo do respiratora, a tak może uda nam się pokonać kryzys na tym. Proszę nam zaufać, ma pan dla kogo żyć – tłumaczę pacjentowi, zakładając wąsy.

W głowie mam jeszcze kolejne zdanie, którego nie wypowiadam. Nie chcę dzisiaj stwierdzić kolejnego zgonu. Młoda dziewczyna wróciła z tomografii; dalej nie ma z nią kontaktu. Odpalam podgląd TK na skażonym komputerze, gorąco mi w kombinezonie, a szybka w masce do nurkowania, mimo wcześniejszych działań, zaczyna parować. Wieczorna wizyta przeciąga się i siedzę już dwie godziny w tym brezencie opinającym mokre od potu ciało. Słabo znam się na interpretacji TK głowy, ale nie chcę czekać na opis radiologa. Komory mózgu są nieco węższe niż normalnie. Chyba stało się to, czego się obawiałem, i dlatego nie odzyskuje przytomności po wyrównaniu kwasicy. Dzwonię na neurologię i koleżanka potwierdza moje podejrzenie – widać cechy obrzęku mózgu. Szykuje się ciężka noc dla mnie i dla szefa, nie mówiąc już o naszych walczących pacjentach. No, OIT nie ma już miejsc, pani Janina zajęła ostatnie.

O drugiej w nocy wszyscy są w miarę stabilni, pan Józef trzyma się, leżąc z NIV-em na brzuchu, jego saturacja jest o 8% wyższa niż na plecach.

Z kolei pan Damian wziął chyba sobie do serca moje słowa i nie zdejmuje już HNFC.

Stoimy w zabiegowym zmęczeniu po całym dniu: ja, szef i pielęgniarki. Wszyscy mają nadzieję, że nikt się nie załamie nagle w nocy.

– Szefie, wezmę telefony, w razie czego ogarnę interwencje – proponuję.

Od czasu powrotu ordynator pracuje najciężej. Dla mnie i mojej rodziny to trudny czas, a co dopiero dla niego, przecież zarówno on, jak i jego żona obstawiają dyżurowo oddział. Prawda jest taka, że teraz właściwie nikt z nas nie ma życia osobistego.

– Okej, jak coś, to dzwoń na komórkę – odpowiada Padrino.

– Szefie, jeszcze raz, kto jest DNR? – pytam, zanim udam się na, nie wiem jak długi, odpoczynek.

Ordynator wymienia kilka oczywistych nazwisk i dodaje jedno zupełnie zaskakujące.

– Pan Robert? Dlaczego? Przecież on jest w dobrym stanie, chodzący, nie ma poważnych obciążeń i nie sędzę, żeby się zatrzymał – pytam ze zdumieniem.

– Nie wierzy w koronawirusa i zrobił kupę na środku pięcioosobowej sali, dwóch pacjentów prawie się porzygało, zresztą ja niemal też...

– Ech, szef żartuje – stwierdzam z uśmiechem.

– Tak, żartuję, ale nie zapomnę mu tego. Mam nadzieję, że szybko wyzdrowieje i stąd wyjdzie – odpowiada szef ze zmęczonym uśmiechem na twarzy.

– To trochę tak jak z panią Adelą, tą, co doktor dzisiaj przyjął – mówi nasza najmłodsza pielęgniarka Ania, po czym rozwinęła myśl, kiedy zobaczyła mój nieco zdziwiony wyraz twarzy. – Wysmarowała się całą zawartością pampersa i kiedy ją myliśmy, mówiła, że jeszcze nikt jej tak nie potraktował. I skąd u nas w szpitalu taki brud... – kończy zupełnie neutralnie, ale zrobiło mi się jej żal.

Pielęgniarki, filar naszego oddziału, tak często niedoceniane. Każdej z nich ufam i oddałbym się pod opiekę. My leczymy, zlecamy leki, ale to one je podają, opiekują się pacjentami. Są też naszymi oczami i uszami, niejednokrotnie zgłaszają dyżurującemu lekarzowi, że jakiemuś pacjentowi się pogarsza albo że ktoś się inaczej zachowuje. Pielęgniarki nie są poddańczo podległe lekarzowi, są dla niego zawodowymi partnerkami, bo grają w jednej drużynie, tworząc zespół terapeutyczno-diagnostyczny walczący o dobrostan chorego.

Na szczęście poza kilkoma telefonami z pytaniem o miejsca do rana był spokój.

Wracam do domu. Teraz trochę odpocznę, bo mam przez trzy dni kurs online do specjalizacji, a kolejny dyżur dopiero w środę, także perspektywa dwóch wolnych popołudni jawi się kusząco, niczym długo oczekiwany urlop.

Ostatni od kontaktu z Księżną test okazuje się ujemny, kolejny raz mi się udało. Ciekawe, na jak długo. Nie mam złudzeń, że wszyscy się zarazimy, pytanie tylko kiedy?

#wtorek 20 października

Znowu będzie politycznie, choć krótko.

W związku z tym, że już nawet politycy partii rządzącej nie są w stanie ukryć, że nasz system ochrony zdrowia to trup, którego reanimuje się jedynie na pokaz. Wiecie – nic z tego nie będzie, ale poudajemy, że coś robimy. To minister zdrowia zaprezentował „ustawę o dobrym Samarytaninie”, no kurwa, no nie. Nawet tu musieli wcisnąć symbolikę biblijną, czekam na ustawę „o mądrym i sprawiedliwym królu Salomonie” dla sądów, ustawę „o nieczystym Onanie” do edukacji seksualnej czy ustawę dla mniejszości seksualnych „o Sodomie i Gomorze”. Choć pomysł z chwytymi nazwami ustaw jest być może dobry, mogą trafić do społeczeństwa. Tylko uderzmy bardziej w historyczno-patriotyczne tony. Podpowiadam, „ustawa o zdradzieckiej Targowicy” w celu eliminacji przeciwników politycznych czy z dawna oczekiwana i realizowana Konstytucja IV RP, według Stanisława Barei.

Ale do rzeczy, ustawa o dobrym Samarytaninie mimo krytyki nazwy, którą tu przedstawiłem, jest niewielkim ukłonem w stronę medyków. Zakłada zwolnienie z odpowiedzialności karnej pracowników ochrony zdrowia udzielających świadczeń zdrowotnych w trakcie stanu epidemii lub stanu zagrożenia epidemiologicznego, gdzie działania są podejmowane do zwalczania COVID-19. Jest to dobra informacja, ale nie zwalnia przed jakąkolwiek inną odpowiedzialnością, w tym cywilną i roszczeniami. Zatem ogarniaj ten tonący okręt, bądź wdzięczny, że za twój nadludzki wysiłek nie wsadzimy cię do więzienia. Ale jak rodziny cię pozwą cywilnie, a przecież każdemu po kryzysie przyda się zastrzyk gotówki, to radź sobie sam. A proszę mi wierzyć, o jakiś błąd w tych warunkach

nietrudno. Osobiście uważam, że rodziny powinny pozywać rząd i polityków za wieloletnie zaniedbania, które sprawiły, że nasz system jest tak niewydolny. I żebyśmy się nie zrozumieli źle, to nie jest tak, że teraz nie będzie żadnej odpowiedzialności, zapis wyłącza jedynie nieumyślne działanie. Rażące niedbalstwo dalej będzie skutkowało karą, kwestia jest taka, że to, co jest rażącym niedbalstwem, a co nie, będzie zależeć od decyzji prokuratury, a ta patrząc po zmianie w art. 37 w tarczy przeciwnykryzysowej 4.0 z czerwca 2021 roku, raczej idzie w kierunku penalizacji i zaostrzania kar dla medyków.

Tak więc koleżanki i koledzy, plan jest prosty, zamiast wybierać standard światowy i opcję win-win dla lekarzy i pacjentów, czyli system no-fault, idziemy w „ziobryzm”. Teraz jesteśmy potrzebni, to nam poluzują, skończy się epidemia, to znowu dokręcą śrubę odpowiedzialności karnej dla personelu medycznego. Bo tak.

Ustawa zakłada również 100% wynagrodzenia dla personelu medycznego będącego na kwarantannie lub w izolacji. Super, tak powinno być i było już wiosną, a potem nagle się skończyło. Moja 3-letnia córka też tak robi. Z mojej szafki wyciąga paczkę żelek i mi ją daje, mówiąc: „Tato, zobacz, co mam dla ciebie”. No, ale ona nie ma jeszcze 3 lat, więc jej wolno i to jest słodkie. Tu fakt, że to zostało zabrane wcześniej, a teraz jest podane do wiadomości publicznej jako motywacja dla medyków, jest raczej żalosne. Niemniej dobrze, że zapis powrócił, szkoda tylko że nie wspomniano, że cichaczem zabrano medykom odszkodowania od zachorowania na COVID-19, które na wiosnę wypłacano. Najwyraźniej zbyt wielu zachorowało. Ciekawe, czy przy klauzuli o zgonie też się wypną jak rodzina zmarłego nic nie dostanie?

Dwieście procent wynagrodzenia zasadniczego dla medyków walczących z epidemią. Super, tylko zapis ustawy w sposób jednoznaczny mówi, że dotyczy to tylko osób skierowanych decyzją wojewody do pracy do zwalczania epidemii. Co oznacza, że osoby pracujące na oddziałach COVID-owych, powstałych na drodze przekształcenia ich w takie oddziały przez dyrekcję szpitala, takiej pomocy nie otrzymają, o ile zapis nie zostanie odpowiednio zmodyfikowany. W ramach akcji „wszystkie ręce na pokład” do takiego oddziału wojewoda może skierować stomatologa lub dermatologa – ludzi specjalizacji, które mało kojarzą się z leczeniem ostrej niewydolności oddechowej – i one dostaną 200% podstawy, a pracujący już

lekarze, w tym specjaliści radzący sobie od dłuższego czasu z epidemią, już nie. To samo tyczy się pielęgniarek.

#Środa 21 października

Przekroczyliśmy pewną granicę, dzisiaj po raz pierwszy stwierdzono w Polsce powyżej 10 000 zakażeń jednego dnia. Niczym wirus poprzez media społecznościowe i grupy medyczne rozchodzi się fragment dzisiejszego wydania Teleexpressu, który pozwolę sobie zacytować: „Lekarze, pielęgniarki, ratownicy i cała służba zdrowia. Bohaterowie walki z koronawirusem. Ich skuteczność wynika z pracy rządu i parlamentu. Dlatego rząd jest przygotowany na czarny scenariusz, czyli ewentualne dalsze wzrosty zachorowań i przedłużające się prace nad szczepionką”.

Pozostawię to bez komentarza.

Kolejny dzień w pracy, dyżur na pełnym obłożeniu z pojedynczymi przyjęciami. Jest ciężko. Ale przynajmniej jest zdecydowanie mniej telefonów, dostałem informację, że nasz rozsypujący się telefon stacjonarny całkiem padł.

Pan Damian się trzyma, nie ściąga już wążów od high-flow, wie, że mu pomagają, a my desperacko szukamy dla niego osocza. Osocza ozdrowieńców nie da się wyprodukować, je trzeba oddać. Więc wszędzie go brakuje. Chory ma jednak bardzo zaangażowaną rodzinę, która szuka przez media społecznościowe ozdrowieńców i namawia ich na imienne oddanie osocza. Swoją drogą zastanawiam się, czemu w mediach chociażby publicznych nie ma reklam zachęcających do oddawania osocza przez osoby, które wyzdrowiały. Obserwując naszych dzielnych pacjentów, to lek, który daje najlepsze rezultaty. W nocy udaje się znaleźć osocze i nad ranem je przetoczyć, jego stan wciąż jest ciężki, ale wydaje się stabilizować.

Pan Józef nie dał rady, wytrzymał na NIV-ie dobę, później poszedł „na rurę”. Jest u nas, bo na OIOM-ie nie ma miejsc, ale jutro lub pojutrze, nawet jeśli miejsce się nie znajdzie, musi pójść tam, choćby na zamiankę. Jest dializowany, a stacja dializ nie przedializuje go „pod rurą”, trzeba go podłączyć do nerki na OIT. Nasza nerka jeszcze nie działa, nie mamy osprzętu.

Agnieszka – dziewczyna z kwasicą i cukrzycą, która była nieprzytomna na moim ostatnim dyżurze, otwiera oczy i odpowiada na proste pytania, jest w stanie lekko unieść rękę i podać do pobrania cukru. W kontrolnym TK

brak cech obrzęku mózgu, zmiany się wycofały. Jest dobrze, jestem dobrej myśli.

Około wpół do trzeciej w nocy, kiedy siedzę jeszcze w papierologii, do dyżurki wchodzi doktor Milena z telefonem.

– To ojciec Agnieszki, jest wściekły. Nie chcesz wiedzieć, co usłyszałam, odbierając telefon.

– Dobry wieczór, Tomasz Rezydent, lekarz dyżurny oddziału wewnętrznego, w czym mogę pomóc? – pytam, rozpoczynając długą prawie 30-minutową rozmowę ze zrozpaczonym ojcem dziewczyny.

Przeprosiłem go za zepsuty telefon, udzieliłem wszelkich informacji, uspokoilem, wyciszyłem emocje i poinformowałem, że z córką, choć jeszcze do końca nie wiemy, czy ta sytuacja odbije się trwale na jej zdrowiu w przyszłości, czy będzie tylko niemiłym incydentem, jest lepiej. Przeszliśmy razem przez skrajne emocje – od gniewu poprzez rozpacz i smutek aż do pewnej dozy spokoju i nadziei, że nadchodzący dzień przyniesie dobre informacje. Rozumiem go, sam mam dwie córki, a on nie mógł się przez dwa dni dodzwonić i uzyskać informacji o swojej. Ostatnia wiadomość, jaką miał, to ta, że jest ciężko chora. Wpadł w ten rodzaj rozpacz i bezsilności, jaki może przeżyć rodzic ciężko chorego dziecka, nie mogąc mu pomóc. A brak informacji niezależnie od ich treści jest najgorszym, co może być dla umysłu pogrążonego w rozpacz. Zakończyliśmy rozmowę przed trzecią w nocy, w zgoła odmiennych nastrojach niż na początku. Podałem mu numer komórki, niech dzwoni, skoro „stacjonarka” nie działa.

– Wiesz co, podziwiam cię, że tak z nim rozmawiałeś – rzuca doktor Milena. – Na mnie na początku strasznie krzyczał.

– Rozumiem go, jesteśmy w sytuacji dotychczas niespotykanej. A każdy rodzic chce wiedzieć, co się dzieje z jego dzieckiem. Musieliśmy to przepracować.

– Wiem...

– Zresztą każdy z nas ma trudne rozmowy. Taki zawód.

– No, ja swoją ostatnią załatwiłam po mistrzowsku – odpowiada z uśmiechem Milena. – Wydzwaniała do mnie żona jednego z pacjentów. Ale przeginała. Dziesiątki telefonów dziennie o pierdoły, a przecież wiesz, jaka jest sytuacja. To naprawdę były pierdoły typu: „Trzeba zmienić mężowi pampersa”. „Mąż ma zaplamioną pościel”. „Trzeba mu zmierzyć ciśnienie”. „Może mu zwiększyć tlen”. „Łóżko jest niewygodne” itp. I tak

po kilka–kilkanaście razy dziennie – opowiada, a ja robię wielkie oczy, choć aż tak to mnie nie dziwi. Znam ten typ rodziny pacjenta, choć zazwyczaj nękają pielęgniarki i to w dobie prepandemicznej. – Wytrzymałam trzy dni, a potem zgodnie z wytycznymi „wszystkie ręce na pokład” złożyłam jej propozycję – mówi z nieco złośliwym błyskiem w oczach. – Wie pani, podziwiam pani zaangażowanie w opiekę nad mężem, to naprawdę rzadko spotykane. Porozmawiam z dyrektorem i zrobię wszystko, żeby mogła się pani dalej mężem opiekować, tak jak w domu, może pani przyjść do nas na wolontariat. Dostanie pani kombinezon, maskę i rękawiczki, będzie mogła się pani zajmować mężem, a przy okazji pomoże pani też innym pacjentom...

– I co ona na to? – Jestem pełen podziwu dla sprytu koleżanki.

– Powiedziała, że nie będzie narażać swojego życia i zdrowia, a potem się rozłączyła – odpowiada koleżanka z uśmiechem. – Od dwóch dni nie miałam od niej żadnego telefonu.

#

Rano stan Agnieszki poprawił się na tyle, że Kasia dała jej swój telefon, żeby porozmawiała z ojcem. Ten zadzwonił później z podziękowaniami. Opowiadał, że kiedy odebrał połączenie z nieznanego numeru, był w trakcie spotkania biznesowego i rozplakał się, słysząc głos córki. Przekazał doktor Magdzie, że czuje, jakby odzyskał swoje życie.

Swoją drogą pierwsze słowa Agnieszki do ojca po wyjściu ze śpiączki cukrzycowej brzmiały: „Tato, jak tam moje dzieci?”.

#

Rano przed zmianą miałem chwilę wolnego czasu, udało mi się naprawić naszą stacjonarkę przy pomocy starego spinacza. Chwilowo działa. Jak wszystko w polskiej ochronie zdrowia. Chwilowo.

#sobota 24 października

Zaledwie dwa tygodnie temu cała Polska znalazła się w strefie żółtej. Od dziś wszyscy jesteśmy w strefie czerwonej. Według informacji z MZ

dziś wynik pozytywny otrzymało 13 627 Polaków plus jeden Andrzej. Ten Andrzej.

#niedziela 25 października

Czasami nachodzi mnie myśl, co będzie dalej? Piszę teraz o jednej chorobie. Strasznej, ale powtarzalnej. Dla mnie to codzienność, COVID-19 to nie tylko choroba ludzi, to przede wszystkim choroba systemu i społeczeństwa. Ludzkie dramaty i tragedie są wypadkową wieloletnich zaniedbań w zakresie rozbudowy i finansowania systemu opieki zdrowotnej.

Mamy piękny słoneczny dzień, złote liście spadają z drzew, kiedy zmierzam do pracy. Nie mam złudzeń, że dziś będzie lepiej niż wczoraj, a jutro lepiej niż dziś. Patrząc na nieubłaganą statystykę, widzę, że będzie tylko gorzej, gdzie słowo „gorzej” jest eufemizmem. Trzeba jednak czerpać przyjemność z drobnych rzeczy. Moje dzieci dobrze spały, ja spałem o godzinę dłużej niż zwykle. W nocy nastąpiła zmiana czasu.

Po przyjsciu do pracy dowiaduję się o dwóch zgonach, a więc mamy dwa wolne miejsca. Byłyby jeszcze dwa, gdyby wyniki z laboratorium przychodziły szybciej. Dwoje pacjentów czeka na drugi negatywny wynik od trzech dni. Nie mogę ich wypuścić bez tego do domu, gdzie przebywają ujemni członkowie rodziny, bo nie spełniają kryteriów znoszenia izolacji ogłoszonych przez MZ 1 września. Wciąż mają objawy, a jeden epizodycznie potrzebuje tlenu.

W trakcie szybkiej wizyty na oddziale buforowym decyduję o przeniesieniu jednego pacjenta, którego stan się pogarsza, na internę, już tutaj był na high-flow, ale lepiej mieć go pod ręką.

– Cześć Ilona, jak się czujesz? – pytam pielęgniarkę, która wylądowała na oddziale. Jeszcze parę dni temu sama opiekowała się chorymi. Dziś potrzebuje pomocy.

– Słabo, nie mam na nic siły i ciężko mi się oddycha – odpowiada zgodnie z prawdą.

Ma zajęte 30% płuc i nieco denaturuje na tlenie, wczoraj nawet poniżej 90% na 5 litrach. Dostała osocze ozdrowieńców, a ja mam nadzieję, że jej pomoże.

– Chcę cię wziąć na internę, doktor Karol mówił, że wczoraj mocniej desaturowałaś.

– Nie chcę iść na internę, tam umierają ludzie. Jest ze mną tak źle? – pyta ze strachem w oczach.

– Wszędzie ludzie umierają, tu też. Nie no, po prostu wolałbym mieć tam ciebie, gdyby ci się nie poprawiało – kłamię, bo bardzo się martwiłem, że zacznie mi się pogarszać.

– Zostanę tutaj, po osoczu czuję się lepiej. Tu pracowałam i tu chcę zostać. Mam salę z łazienką... Proszę...

– Dobrze, ale jak się pogorszysz, to nie będzie dyskusji – mówię stanowczym tonem. Choć za chwilę głos mi mięknie i dodaję: – Wszyscy martwimy się o ciebie.

– Wiem... Dziękuję – odpowiada i uśmiecha się smutno.

Nawet ta krótka poranna wizyta sprawiła jej wysiłek. Minie jeszcze trochę czasu, zanim będzie mogła wrócić do opieki nad chorymi, a ja mam nadzieję, że wróci bez żadnych trwałych następstw.

Po skończonym obchodzie dzwoni koleżanka z interny, mamy kolejny zgon. A więc są trzy miejsca wolne...

Mam nieodebrane połączenie od doktora Szewca, który po zmianach kadrowych został szefem SOR-u. To usprawniło współpracę, SOR obecnie nie wymaga od nas za wiele, chyba że chodzi o przekazanie dodatkiego pacjenta. Nasza współpraca jest dobra, wyznajemy prostą zasadę – nasz SOR ma pierwszeństwo do przekazania nam dodatkich pacjentów przed innymi szpitalami. Przy tak drastycznym niedoborze miejsc zawsze się kontaktujemy, mówiąc, ile mamy wolnych stanowisk i jakoś to działa.

– Tomek, masz wolne miejsce? Mam pacjenta dodatkiego od wczoraj – rozpoczyna rozmowę „sorowiec”.

– Mam, właśnie się zrobiło, jaki on jest? Ciężki? Lekki?

– Jeszcze lekki, ale obciążony mocno – otyłość, immunosupresja i wymaga tlenu na maskę.

– No to dawaj go na pediatrię, przerzucam „cięższego” na internę.

– A macie tam jakieś miejsca?

– Dwa kobiece, też się rano zwolniły.

– Super, mam dwie kobiety niepotwierdzone, ale poszły wymazy na cito, w TK na 99% COVID. Jedna około 80–90% płuc zajętych, jak tak dalej pójdzie, to założę jej CPAP³⁷ na Karinie, a druga nieco lepsza 70–80% zajętych płuc. Obie desaturują poniżej 70%.

– I jeszcze niepotwierdzone? Gdzie się uchowały z taką saturacją?

– W domu, lekarz rodzinny kazał brać paracetamol i pić ciepłą herbatę – odpowiada zgryźliwie doktor Szewc.

– Dobra, rezerwuję je dla ciebie i czekamy. Już dzwonię do Ani.

Nowo przyjęty pacjent był faktycznie w dość dobrym stanie. W przeciwieństwie do innych chorych doskonale wiedział, gdzie się zaraził – w Klinice Nefrologii od księdza, z którym leżał na sali. Tamten udał się już do domu Ojca z powodu niewydolności oddechowej. Pacjenci w immunosupresji to specjalna grupa, która może być szczególnie podatna na ciężki przebieg COVID. Na szczęście nie podano mu dawki Cyklofosfamidu, bo miał objawy przeziębienia. Wypisali go wtedy do domu, a potem wezwali na wymaz, jak odkryli, że współlokator z sali był chory.

Na początku pandemii niektórzy księża twierdzili, że kapłan nie zaraża, bo ma konsekrowane dłonie. To nieprawda, wirus nie zna religii i nie patrzy na kolor skóry, orientację czy wyznanie. W tym sensie jest o wiele bardziej tolerancyjny niż większość z nas. Atakuje wszystkich po równo. Tym bardziej zdumiewają nonsensowne apele niektórych kolegów w prasie katolickiej, prawdę mówiąc, są na tyle oderwane od realiów epidemiologicznych, że są szkodliwe.

Otóż w prasie niewątpliwie katolickiej, jaką jest „Nasz Dziennik”, w wydaniu z 17–18 października 2021 roku opublikowano „List otwarty polskich lekarzy katolickich w sprawie zagrożeń związanych z przyjmowaniem komunii świętej na rękę”. Czytam i nie wierzę, pewnie nie wpadłby mi w ręce ów dziennik, gdyby znajoma nie została zapytana przez swoją babcie, czy to prawda, co namiętnie owa gazeta wypisuje. Przechodząc do cytatu i puenty listu, autorzy napisali: „Z punktu widzenia medycznego udzielanie komunii świętej bezpośrednio do ust i w postawie klęczącej jest formą zdecydowanie bezpieczniejszą i właściwszą, niż przyjmowanie komunii świętej do ręki i na stojąco...”. Otóż nie, co więcej obserwując podawanie komunii, czasem nie da się uniknąć kontaktu dłoni z wargami osoby ją przyjmującej, poza tym samo otwarcie ust do przyjęcia ciała Chrystusa już sprawia, że zakaźny aerozol osiada na rękach kapłana. A nie jest tak, że dezynfekuje on ręce między każdym podaniem kawałka hostii. Podawanie eucharystii do ręki niewątpliwie jest w tym wypadku zdecydowanie bezpieczniejsze. Inteligentny ksiądz powinien włożyć rękawiczki i poprosić wiernych o dezynfekowanie dłoni i taką hostię właśnie do dłoni wydawać. Pomijając już zupełnie fakt, że uważam, że

Boga można czcić w domu i wcale się na wiernych nie obrazi, jak w czasach zarazy nie będą tłumnie nawzajem się зараżać w kościele, wyśpiewując psalmy. Jeśli jest, to zrozumie, bo zna się lepiej na wirusologii niż ktokolwiek z nas, w końcu sam stworzył tego wirusa. Więc może lepiej zostać w domu i w modlitwie porozmawiać ze Stwórcą, niż po wizycie w kościele się zarazić i niedługo potem osobiście stanąć przed Jego obliczem?

Złośliwi patrząc na podpisy pod listem, mogą dostrzec pewną symbolikę, list podpisało trzech patomorfologów. Cóż ich pacjentom to raczej nie zagrozi, może właśnie o to chodzi?

#

W trakcie wieczornego obchodu jesteśmy w sali intensywnego nadzoru. Na oddziale same ciężkie przypadki, w zasadzie nie ma pacjenta, który nie wymaga tlenu, a dostępów do instalacji tlenowej jest mniej niż łóżek. Tych pojedynczych bez źródła życiodajnego gazu w ścianie obsługują butle, które kończą się w zastraszającym tempie, a techniczny biega non stop, podmieniając je na pełne. Są butle, które wystarczają na 40 minut, są takie co na dwie–trzy godziny. Jest źle.

Wciąż czekam na potwierdzenie dwóch kobiet z SOR-u, jedna jest już na wentylacji nieinwazyjnej, a druga w masce z rezerwuarem wytrzymuje, choć ledwo. W tomografii kaszana, jedna nie ma płuc wcale, u drugiej tylko odrobinę lepiej, 90% i 75% zajęcia mięszu.

Dzwoni telefon w strefie skażonej, więc odbieram.

– Doktorze, przyjechała karetka z kobietą, ale my nie mamy miejsc – raportują pielęgniarki z pediatrii.

– Proszę mi dać ratowników do telefonu – odpowiadam szybko i wyczuwam zbliżające się kłopoty.

– Ratownik Wiesław, przywiozłem z Biednicy pacjentkę, COVID plus, gdzie ją położyć.

– A przepraszam, z kim było to ustalone, bo nie ze mną. Nie mamy miejsc.

– No dyspozytor kazał tu jechać.

– A z jakiego szpitala?

– Zabraliśmy pacjentkę z domu.

– To proszę jechać na SOR, pacjentkę ktoś badał?

– Nie nikt, zabraliśmy ją z domu, bo nalegała. Źle się czuje, szybciej oddycha, ale ma 99% saturacji i gorączkę trzydzieści osiem stopni.

– Jak dla mnie to nie jest pacjentka do szpitala, ale jej nie badałem. Doktor na SOR-ze musi ją zbadać i ocenić. Ja nie mam dla niej miejsca, mam dla ciężkich przypadków z SOR-u zarezerwowane.

– No to jedziemy na SOR – zgadza się ratownik. Daleko nie mieli, to tylko 40 metrów.

Zadzwońłem kurtuazyjnie do doktora Szewca i przekazałem mu to, co usłyszałem. Dowiedziałem się tylko, że jest zarobiony i nie ma miejsc. Czeka na wynik tych pacjentek do mnie. Nie dziwię się – jest trzecią dobę w pracy i ma bardzo zmęczony głos. Jako szef musi załatać dziurę w grafiku, która powstała po tym, jak część personelu się zaraziła lub jest na kwarantannie. Musi i tyle, jak ja kiedyś na izbie.

Nie mija dziesięć minut, kiedy pielęgniarka wsadza głowę do służby i krzyczy, że wchodzi ratownicy z jakąś pacjentką na oddział. Ucieszyłem się, że wynik którejś z tych na SOR-ze przyszedł i będę mógł ją przyjąć, ale nadzieja była płonna. Ratownicy wprowadzili młodą dziewczynę, a nie 70-letnią staruszkę.

– Co wy robicie? – pytam ratownika.

– No prowadzimy pacjentkę na oddział – odpowiada.

W zasadzie to jest na oddziale.

– Przecież mówiłem, że nie mam miejsc i to wyraźnie, to nie jest tak, że pan sobie wchodzi i podrzuca pacjentkę na jakiś przypadkowy oddział...

– Doktor, ja się stąd nie ruszę – oznajmia mężczyzna, a ta biedna pacjentka słucha. – Przyjechaliśmy do pani do domu, czuła się źle. Miała teleporadę, lekarz rodzinny przez telefon powiedział jej, że jak się źle czuje, to ma wezwać karetkę.

– To trzeba było jechać na najbliższy SOR do Biednicy, tam też jest bufor COVID-owy!

– Byliśmy, lekarz powiedział, że nie wyjdzie i już.

– Macie na to papier, że odmówił?

– No nie, nie chciał dać...

– A powinien!

Drobna dygresja zarówno do ratowników, jak i pacjentów. Kiedy chory wjeżdża albo wchodzi na SOR czy izbę przyjęć i odmawia mu się udzielenia świadczeń, obowiązkiem lekarza jest przekazanie tego na piśmie. Zawsze i już! Może być krótka notka typu „odmowa z powodu braku

miejsc!”. Co zrobić, jak lekarz tego nie zrobił? Należy zażądać jej. Ostatnio czasy są na tyle kuriozalne, że lekarze potrafili odmawiać zespołom ratownictwa medycznego i nie wystawiać odmowy na piśmie. W mojej ocenie jest to zachowanie niespełniające standardów dobrej praktyki lekarskiej. Co zrobili ratownicy jednego z warszawskich zespołów, poprosili patrol policji o napisanie notatki służbowej w tej sprawie oraz sami napisali własną. I bardzo dobrze.

Wracając do tematu, niezależnie od czasów, nie można władować pacjenta na oddział bez zgody lekarza dyżurującego. Selekcję przeprowadza się na izbie przyjęć lub SOR-ze. Izby zakaźnej nie ma, wszystko przechodzi przez SOR.

– Byliście na SOR-ze? Dlaczego tu przyszliście? Kto wam kazał? Mówiłem, że miejsc nie mam...

– Lekarz z SOR-u powiedział, że mamy iść tutaj i wy to załatwicie.

– Nic nie będę załatwiał, bo od tego jest SOR, aby pacjentów bez skierowania diagnozować, a nie wpychać na oddział, z nikim to nie było ustalone!

– My się stąd nie ruszymy – mówią ratownicy, stojąc w części czystej korytarza wraz z dodatnią pacjentką. – Jak nie macie miejsc, to znajdźcie w innym szpitalu.

– Pan jest niepoważny. Wchodzi pan na losowy oddział w szpitalu i żąda, żebym rzucił wszystko i szukał wam miejsca w okolicznych szpitalach? Na ginekologię piętro wyżej też byście tak wbili? Skąd wam to przyszło do głowy? Jestem w kombinezonie i robię obchód, a mam pięćdziesięciu chorych na dwóch oddziałach, w tym takich w ciężkim stanie...

– Dyspozytor i koordynator tak kazali.

Następnie zamieniłem kilka zdań z doktorem Szewcem, koordynatorem wojewódzkim i znowu szefem SOR-u. Koordynator nic nie wie, w międzyczasie była zmiana, więc zwała cały burdel na poprzednika. Doktor Szewc nie ma miejsc w izolatkach – równie dobrze może pacjentkę obejrzyć w karetce i tam niech czeka na kwalifikację.

Koniec końców pacjentka wróciła na SOR, a w tym czasie otrzymałem wyniki testów PCR dwóch starszych pacjentek – pozytywne. Tak więc mogłem je przyjąć i tym samym zwolnić miejsca na SOR-ze.

Ta młoda kobieta na pierwszy rzut oka nie wymagała hospitalizacji, w tomografii miała tylko pojedyncze niewielkie zmiany obwodowo w płucach. Ale nie da się zrobić TK na korytarzu między oddziałami.

Ostatecznie mógłbym tę kobietę przyjąć na zarezerwowane miejsce dla SOR-u, dla mnie lepiej, bo pacjent skąpoobjawowy to mniej roboty na dyżurze, a doktor Szewc zostałaby z pacjentką w ciężkim stanie. Tylko że to mogłoby zaważyć na życiu tamtej pacjentki, SOR ratuje życie, ale od prowadzenia ciężkich COVID-ów jesteśmy my i OIT.

Kiedy młoda kobieta jest poddawana selekcji oraz wstępnej diagnostyce na SOR-ze, do mnie trafiają dwie wyczekiwane pacjentki. Dzielimy się po równo, mnie przypada chora w cięższym stanie. Pani Bożena to przemiła staruszka, zupełnie niezdająca sobie sprawy ze swojego stanu. Na salę dociera z założoną maską do wentylacji nieinwazyjnej podpiętą do respiratora transportowego, osiąga około 85% saturacji. Przełączam ją na high-flow i ustawiam maksymalne przepływy 60 litrów na minutę. Chłopaki z SOR-u muszą zabrać swoją Karinę, być może za chwilę jakiś inny pacjent będzie jej potrzebować.

Rozmawiam z pacjentką i obserwuję jej parametry życiowe. To niesamowite, bo jak nic nie mówi i oddycha przez nos, to udaje jej się utrzymać saturację na poziomie 85%, a jak tylko zaczyna mówić, mimo że przychodzi jej to z trudnością, to spada poniżej 70%. Na kolejne założenie maski do wentylacji nieinwazyjnej, póki co się nie zgadza, lepiej jej na tych wąsach. No i może gadać, choć zabroniłem jej tego i kazałem oddychać przez nos.

– Panie doktorze, to ja tylko zadzwonię do syna, przez tamtą maskę nie mogłam mu nic powiedzieć – prosi staruszka.

– Dobrze, proszę dzwonić, ja też z synem porozmawiam za chwilę – odpowiadam.

To nie była krótka rozmowa, pani Bożena rozgadała się na całego.

– Marcinku, pamiętaj i przynieś mi jutro jeszcze szampon, bo muszę umyć włosy. Nie umyłam, zanim mnie zabrali – instruuje syna.



Parametry życiowe pacjentki ze skrajną niewydolnością oddechową przy HNFC.
Fot. kolekcja własna

Im dłużej mówi, tym niższa jest saturacja, mimo ogromnych ilości tlenu włączanych przez kaniule donosowe. Obserwując to z boku, odczuwam pewien dysonans. Ta przemiła staruszka martwi się, czy dostanie jutro szampon do włosów, ja się martwię, czy jutro nie będzie zaintubowana i podłączona do respiratora. W tomografii komputerowej ma zajęte ponad 80% płuc, jedyna w miarę nietknięta zmianami o charakterze mleczonej szyby to szczytowa część płuca lewego.

Po powrocie do gabinetu, mimo że jest środek nocy, przeprowadzam rozmowę z synem.

- Zdaje sobie pan sprawę, że stan mamy jest bardzo ciężki?
- No, rozmawiała ze mną, mówiła, że się lepiej czuje.
- Musi pan zrozumieć, że stan mamy jest na tyle ciężki, że może nie przeżyć, jest w tym momencie o włos od respiratora.

Mężczyzna chyba mi nie dowierza. Przed chwilą rozmawiał z matką i powiedziała, że tu czuje się lepiej, nawet dla mnie początkowo było to trudne do zrozumienia, jak zaskakująco mylnie mogą pacjenci wyglądać. Taki chory jest słaby, ale rozmawia, ale jak się sprawdzi jego parametry życiowe, to te biją na alarm. Jej krew tętnicza, która powinna być

jasnoczerwona i bogata w tlen, jest ciemna niczym krew z żyły, tak mało zawiera tego niezbędnego do życia gazu.

– Mama z kimś mieszka? Kontaktowała się z kimś?

– A gdzie tam. Sama mieszka, wie pan, może ona się na rowerze przeziębila parę dni temu? Bo mówiła, że zmokła i zmarzła – odpowiada syn chorej, jakby zupełnie ignorując fakt, że przecież mamy już potwierdzony wynik wirusa.

– No to tak nie działa, ktoś musiał ją zarazić. Z kimś się spotyka? Ktoś ją odwiedza? – ciągnę dalej wywiad epidemiologiczny.

– No nie, tylko ja ją odwiedzam. Robię jej większe zakupy. Zresztą sam jestem trochę przeziębiony – odpowiada syn.

– Dobrze, z racji tego, że u pani potwierdzono koronawirusa, nie powinien pan się spotykać z innymi ludźmi. Sanepid się z panem skontaktuje.

Nie drażyłem dalej, jest mi przykro, bo ani syn chorej, ani ona sama, nie zdają sobie sprawy z tego, w jakim ona jest stanie. Nie dowiemy się, czy ona zaraziła się od niego, czy on od niej. Dla zdrowia psychicznego syna lepiej, gdyby było pewne, że to on się zaraził od matki. Bo ja na jego miejscu nie chciałbym się zastanawiać, czy zaraziłem własną matkę i czy mogłem temu zapobiec.

Nie wiem, czy dostała swój szampon, nie wiem, czy ktoś pomógł jej umyć włosy. Pewnie nie. Rano przecież poszedłem do domu, choć myśli zostały przy pacjentach. Pani Bożena tym razem już farmakologicznie została uśpiona i podłączona do maszyny, która za nią zaczęła oddychać i pojechała na OIT.

Druga pacjentka, ta w lepszym stanie miała mniej szczęścia, mimo zajęcia 70% płuc dawała pięknie radę na wentylacji nieinwazyjnej, aż w pewnej chwili, bez ostrzeżenia, po prostu się zatrzymała. Nie udało się jej uratować.

Coraz częściej miejsca nam się robią po zgonach niż po wypisach. Mimo wszystko walczymy do końca. O każdy oddech pacjenta.

Pani Bożena umarła pięć dni później na OIOM-ie.

#kij w mrowisko

Kij, nieodłączny element walki z zarazą. W średniowieczu stosowano długi kij w celu podawania jedzenia chorym na dżumę. W Tarnobrzegu w 2020

roku za pomocą kija i uderzenia w parapet można było uzyskać skierowanie do szpitala z lokalnego POZ-tu. A teraz pewien człowiek włożył ogromny ideologiczny kij w mrowisko. Celowo.

Jako mężczyzna żonaty wiem to, co wie większość moich kolegów. Kobiet nie należy denerwować, złościć ani tym bardziej wkurwiać. Nie robi się tego, bo to nieeleganckie, a także niebezpieczne. Rozzłoszczone kobiety są potężną siłą, która potrafi zatrzeć filarami państwa. Ruch kobiet, który od wielu lat walczy o swoje prawa, nie pozwala sobie ich odebrać i reaguje na to z pełną stanowczością.

Tymczasem w dobie szalejącej pandemii jedna z ważniejszych osób w państwie przy pomocy Trybunału Konstytucyjnego wkurwiła setki tysięcy kobiet. Teraz powinno się procedować różne ustawy, stosować środki, które mają poprawić sytuację w czasie kryzysu, a nie prowadzić działania sprzyjające dalszemu rozprzestrzenianiu się epidemii. W jakim celu w momencie, kiedy mamy szczyt zachorowań, wyprowadza się zdesperowaną masę młodych ludzi na ulicę?

Przecież nikt w swym zadufaniu nie sądzi, że kobiety pozostaną cicho, kiedy odbiera im się prawo do decydowania o tak ważnej kwestii jak urodzenie dziecka z wadami letalnymi. Prawo o decydowaniu o własnym ciele, prawo do decyzji, czy chce donosić ciężę ze śmiertelnie chorym dzieckiem, czy zapewnić mu wczesną łaskę pozbawienia cierpienia. Przecież wystarczyło zostawić to w gestii sumienia kobiet, a wszystkim przeciwnikom aborcji powiedzieć: „Nie chcesz aborcji, to sobie jej nie rób”. Na zabranie tego prawa kobiety zgodzić się nie mogły i wyszły na ulicę. Tak samo jak w czasie protestów czarnych parasolek w 2016 roku.

Cel działania jest jasny, chodzi o kolejną próbę przerzucenia odpowiedzialności za dynamiczny rozwój epidemii na kogoś innego niż rząd. Na oderwanie mediów od zatłoczonych szpitali, niedoboru personelu i karetek czekających w godzinnych kolejkach pod SOR-ami. Trzeba znaleźć winnego, a tym winnym, wrogiem, u którego widać cechy „przygotowania i wyszkolenia” będą kobiety. To one będą obwiniane za to, co będzie się działo za dwa–trzy tygodnie, kiedy sytuacja z epidemią nabierze tak dużego rozmachu, że ludzie będą bać się o swoje życie. A wtedy pewien człowiek, który dziś młodych protestujących Polaków nazywa przestępcami, powie: „My byliśmy przygotowani, to wina protestów!”.

Profesor Simon specjalista chorób zakaźnych, który jest dla mnie wielkim autorytetem, wypowiedział się dla „Rzeczpospolitej”, że protesty nie zwiększą zachorowań, jeśli są przeprowadzane z zachowaniem odległości, w maseczkach na twarzy i na świeżym powietrzu. Z tym że nie są. Na ulice wyszły tysiące ludzi, wielu bez maseczek albo zasłaniający jedynie usta bez osłonięcia nosa, blisko siebie, skandujący razem ***** *** oraz Wy*****j. To w większości ludzie młodzi, którzy przechodzą wirusa lekko i bezobjawowo, ale oni potem wrócą do domów i przełożą zabójczy ładunek złapany na demonstracji rodzicom i dziadkom. Myślę, że profesor Simon to wie, a jego wypowiedź szeroko komentowana jako kuriozalna w innych portalach jak np. Dorzeczy.pl wynika z tego, że przejrzał rządową grę i nie chce w niej brać udziału. Nie chce, aby jego słowa dały podstawę rządzącym do obarczenia odpowiedzialnością za wzrost zachorowań tych biednych kobiet, które walczą o swoje podstawowe prawa.

Jest też drugi czynnik, który sprawi, że ci młodzi „przestępcy”, zwiększą liczbę podawanych zachorowań. Tym czynnikiem jest statystyka, a ta – jak mawiał jeden z moich nauczycieli matematyki – jest jak kobieta lekkich obyczajów „da ci wszystko to, co chcesz”.

Jako osoba, która prowadziła badania naukowe, wiem, że chcąc dojść do jakiegokolwiek wniosku, porównując dane, muszą one być spójne. Przykładowo, żeby określić, jaki jest wpływ danego czynnika na zachorowanie, należy za każdym razem powtarzać badanie w takich samych warunkach. Dodanie nowych zmiennych do jednej grupy badanej i porównywanie jej z poprzednią jest manipulacją. W ten sposób można uzyskać co tylko się zechce i podeprzeć się tym, aby uwiarygodnić swoją tezę. To trochę jak postawienie tezy, że każdy kot ma trzy łapy i do grupy badanej zaliczyć jedynie zwierzaki, które jedną łapę straciły. Statystyka to przyjmie, ludzie mam nadzieję nie.

Właśnie ta druga przyczyna – statystyczna, cichaczem spowoduje nagły wzrost zachorowań po 5 listopada, a wynika z opublikowania rozporządzenia Rady Ministrów z 23 października, które zmienia to poprzednie z 9 października.

Co się zmieniło?

Otóż wcześniejsze rozporządzenie nakazywało prywatnym laboratoriom przesyłanie informacji jedynie o liczbie wykonanych testów. MZ publikowało informacje o liczbie testów wykonanych na NFZ i komercyjnie, a podawało wyniki pozytywne jedynie z badań na NFZ.

Czyli testujemy dużo, a zakażeń mało. Po pierwszych protestach doszło do nowelizacji rozporządzenia i prywatne laboratoria od dnia 5 listopada (nieprzypadkowo 10 dni od wybuchu protestów) mają przekazywać jedynie dane o pozytywnych wynikach. Co to oznacza? Że nawet jeśli w całym kraju nikt nikogo nie zaraził na proteście, to zwiększy się liczba zakażeń. Ponieważ statystyki będą zawierały zarówno wyniki pozytywne z komercyjnych laboratoriów, jak i z tych na NFZ.

Zatem ci protestujący „przestępcy” istotnie zwiększą liczbę nowych zachorowań, tych podawanych do publicznej wiadomości.

#wtorek 27 października

Czas oczekiwania na testy wydłuża się niemiłosiernie. Sytuacja zaczyna przypominać tę z kwietnia, kiedy trwało to do pięciu dni. Nasze laboratorium się zapchało. Z dnia na dzień było coraz więcej próbek, aż nadszedł dzień, kiedy przerabiało tylko wymazy wcześniejsze, a do bieżących nawet nie zaglądano. Korytarz laboratorium zastawiony jest lodówkami i styropianowymi pudłami, a wszystko to rośnie. Ta sytuacja powoduje opóźnienia w realizacji próbek z oddziałów, przez co czasem wstrzymuje wypisy, a co za tym idzie, blokuje tak bardzo potrzebne miejsca.

Dyżur jest ciężki, ale nie będę pisał o niewydolności oddechowej młodego mężczyzny, który dopiero na wentylacji NIV zaczął oddychać, czy o wysportowanym wuefiście, który bez high-flow nie wstanie z łóżka. Dla czytelników każdy taki opis to zaledwie parę znaków na kartkach. Dla mnie zaś każdy ma imię i twarz.

Właśnie odnosiłem zlecenia do gabinetu zabiegowego, kiedy wpadła zdyszana opiekunka medyczna w kombinezonie. Widać, że biegła, bo ciężko oddychała i ma zaparowane gogle narciarskie.

– Dajcie szybko butlę z tlenem – rzuca zdyszana.

– Co się dzieje? – pytam szybko.

– Winda na dializach się zepsuła i pacjent się dusi, skończył się tlen – odpowiada, bierze butlę i rusza.

Nastąpiła chwila konsternacji, wyobraziłem sobie pacjenta uwięzionego w windzie, gdzie przez rozwieraną ręcznie szczelinę pielęgniarki wciskają butlę z tlenem. Zacząłem błyskawicznie ubierać się w kombinezon i biec na dializy. Pobiegłem do pierwszej windy, jej drzwi otworzyły się jednak bez

problemu i po chwili dotarłem na ostatnie piętro, gdzie mieści się stacja dializ. Przebiegłem przez strefę czystą, do której prowadziła ta winda i wszedłem na salę dializy, szklane drzwi otwiera mi zdziwiona pielęgniarka.

– Pacjent mi się podobno dusi! – mówię, wciskając się do środka.

– A to pewnie tam, pokazała na przeciwległy korytarz.

W korytarzu pod windą istotnie kolejka pacjentów. Faktycznie jeden oddycha bardzo szybko i ma sine usta. Pielęgniarki właśnie podłączają mu butlę z tlenem.

– Co się stało? – pytam.

– Winda nie przyjeżdża – odpowiada pielęgniarka.

– Ale nikt w środku nie utknął? – dopytuję.

– No nie, skończył nam się tlen, a z dializ nie chcieli dać.

Patrząc na butlę i jej przepływ, mamy jakieś siedemnaście minut na ogarnięcie sytuacji, pozostali pacjenci są stabilni.

Wracam na dializy.

– Co z tą windą?

– A nie wiem, może zaraz ruszy, trzeba poczekać, portier ma zadzwonić na serwis. Niech pan chwilę poczeka – odpowiada pielęgniarka.

Czekamy, pozostało siedem minut tlenu i nic nie wskazuje, żeby sytuacja się zmieniła.

– To my przejdziemy i pojedziemy tą drugą windą – mówię do pielęgniarki ze stacji.

– Nie pojedziecie, bo to strona czysta.

– Przejdziemy, bo mi się pacjent dusi.

– Nie, bo was nie przepuszczę, to strona czysta.

– Za chwilę jak zabraknie tlenu będziemy go reanimować.

– Ja nikogo nie będę reanimować.

– To osobiście podam panią do prokuratury.

Pielęgniarka zrobiła wielkie oczy i zamilkła.

– To co, możemy już przejść? Zaraz skończy nam się tlen – mówię szorstko.

– Tak, będę musiała wyzółwikować cały korytarz.

– To sobie wyzółwikujesz!

Zostało mniej więcej pięć minut tlenu, biegniemy, gdy dojeżdżamy na salę, na butli jest czerwony wskaźnik. W tym przepływie to kwestia minuty, dwóch. Procedury, standardy, a człowiek by się udusił. Przecież od tego jest

sprzęt do dezynfekcji, żeby go używać... Najważniejsze powinno być dobro chorego.

#czwartek 29 października

Te najbardziej dramatyczne historie nie mogą zdarzyć się nigdy, kiedy jest pełna obsada lekarska. Zazwyczaj zaczynają się tuż po rozpoczęciu dyżuru, pożegnasz kolegów i myślisz, że w spokoju podgrzejesz sobie pierogi i zjesz obiad wcześniej, nie w nocy. A figę!

Pediatria dzwoni na moją prywatną komórkę, całkiem niedawno tam byłem i nic się nie działo. Pewnie dziewczyny chcą się o coś dopytać – myślę, klikając w zieloną słuchawkę.

- Pacjent wrócił z dializ cały we krwi, ma krwotok z płuc, dusi się krwią!
- prawie krzyczy do słuchawki pielęgniarka.
- Jasną czy ciemną?
- Jasną!
- Podajcie tlen w dużym przepływie i leki przeciwkrwotoczne, zaraz będę
- rzucam, szybko zmierzając na podwórko.

Muszę ocenić stan chorego, ale zawiadamiam anesteziologów. Ostatni krwotok z dróg oddechowych na moim dyżurze skończył się zgonem. To zawsze zagraża życiu. Krew jest jasna, a więc strzeliła jakaś tętniczka i tętniczą krew pacjent odkrztusza. Anestezjolodzy wiedzą, w razie czego są w gotowości, choć tak naprawdę niewiele będą w stanie zrobić. Jeśli krwawienie nie ustanie, to zatamowanie go u nas w szpitalu jest niemożliwe, zatem masywne lub nieustające krwawienie z dróg oddechowych oznacza zgon.

Pacjent jest przerażony, to dializowany starszy człowiek dotychczas w dość dobrej kondycji. COVID obszedł się z nim łagodnie, do tej pory nie zajmując praktycznie płuc, no chyba że właśnie w taki sposób się zmanifestował. Chory między dializami zgodnie z wytycznymi dostaje leki przeciwzakrzepowe, na dializach również heparynę. Ma pościel pobrudzoną krwią, a usta i zęby koloru brunatnego. Oglądam uważnie, świecę latarką, czy nie ma źródła krwawienia w jamie ustnej, ale nie. Krwotok zdarzył się przy mocniejszym epizodzie kaszlu, coś strzeliło. Każę wykonać inhalację z adrenaliny, rozszerzy to oskrzela i obkurczy krwawiące tętniczki. Nad dużymi oskrzelami słycać rozlane rzężenia, których rano nie było. Zachłysnął się częścią tej krwi, to pewne. Po

inhalacjach pacjent jest wnikliwie obserwowany, sprawdzamy parametry życiowe, w tym ciśnienie, tętno i saturację. Będą one wykładnikiem, czy wpada we wstrząs krwotoczny, co się na szczęście nie dzieje. Kontrolne morfologie początkowo co cztery godziny, informują nas o utracie krwi, nieco ponad 2 g/dl hemoglobiny. Zakładając, że jego objętość krwi wynosi pięć litrów i znając wyjściowe stężenie hemoglobiny, możemy oszacować, że stracił w wyniku tego krwotoku około 16% krwi. Wykaszał 16% swojej całej krwi...

Objętość oczywiście szybko ulegnie wyrównaniu, ale utrata elementów morfotycznych będzie dopiero stopniowo odbudowywana, zwłaszcza trudne jest to przy niewydolności nerek. Zaburzenie produkcji erytropoetyny przez niewydolne nerki samo w sobie prowadzi często do niedokrwistości. Dodatkowo wpisuję w kartę zleceń antybiotyków na zachłystowe zapalenie płuc. Ochroni go przed nadkażeniem tej krwi, która dostała się do płuc. Oczywiście jeśli nie chluśnie drugi raz.

Dzwonię do córki pacjenta. Musi wiedzieć o stanie ojca. Kobieta dziękuje za informacje, choć te nie są dobre, ale chce wiedzieć i być świadoma tego, co bliska jej osoba przechodzi. Nie wyobrażam sobie, żeby do mnie nikt nie zadzwonił, gdyby mój tata był w stanie zagrożenia życia. Tego dnia rozmawiałem z córką pacjenta jeszcze kilka razy, na szczęście miałem dla niej już lepsze wieści. Na razie.

Na internę przyjąłem pacjenta pod respirator, anestezjolog przełączył urządzenia i skonsultował. Ostatnio mam z nimi gorącą linię i muszę przyznać, że nasza współpraca dobrze się układa. Często przez telefon podpowiadają, jak lepiej ustawić parametry urządzenia do wentylacji nieinwazyjnej pod pacjenta. W każdym momencie też mogę zadzwonić i poradzić się w sprawie ustawień respiratora. Nie oszukujmy się, moja wiedza o tym urządzeniu jest jak nastolatka na fotelu pasażera o prowadzeniu samochodu. Teorie znam, nie wygląda to trudno, a jednak samemu jeździć bez kursu niebezpiecznie i głupio. Ale trzeba nauczyć się jeździć przynajmniej na placu manewrowym, zanim ktoś doświadczony nie przyjdzie.

Dzisiaj Boży instruktor chciał ze mnie wycisnąć siódme poty. Pacjent pod respiratorem nie miał szans. Wyczytaliśmy to z historii jego schorzeń – skrajna niewydolność serca, niewydolność oddechowa, stan po kilku zawałach. Nie utrzymywał ciśnienia nawet na maksymalnych OIT-owych dawkach adrenaliny i levonoru³⁸. Najpierw spadło ciśnienie, a potem serce

się zatrzymało bezpowrotnie. Mimo leczenia, respiratora i tego, co robiliśmy, monitor ciągle niczym minimalistyczny artysta pokazywał prostą i niezmienną linię. Od czasu przyjęcia tego chorego nie ściągnąłem kombinezonu, to były niecałe dwie godziny walki. Nie rozbieram się, kiedy dziewczyny pakują zwłoki w worek – z oddziału zakaźnego jedzie kolejna pacjentka. Moja współdyżurantka poszła przyjąć ją na jedyne wolne miejsce w szpitalu, ale jej stan okazał się zbyt ciężki na tamten oddział. Wymagała NIV-a.



Doktor Ania przed kolejnym wejściem na strefę brudną.
Fot. kolekcja własna

Dzisiejszego wieczoru podłączyłem wszystkie możliwe urządzenia wspomagające wentylację nieinwazyjną, jakie mieliśmy na oddziale, mam wolne jedynie dwa respiratory.

#

Jest źle.

Wszyscy moi pacjenci wymagają tlenu i to w bardzo dużych przepływach. Zdecydowana większość jest stabilna na 15 litrach na minutę, część potrzebuje i 60 przy zastosowaniu donosowych kaniul o wysokim przepływie. Na 30 łóżek mam 28 dostępów do tlenu „ze ściany”. Zatem dwóch pacjentów ma pecha i muszą mieć butle. Mała butla tlenowa, której używam, jadąc na TK z pacjentem, ma 15 litrów pojemności nabite do 150–200 atmosfer, co daje nieco poniżej dwadzieścia minut czasu w stosowanych przepływach. Duża butla starcza na około dwie godziny.

Pielęgniarki dzisiaj pracujące ze mną nastawiały alarmy w telefonach komórkowych, aby przypominały im o tym, że któraś z dwóch butli się kończy, a emerytowany pan Zygmunt cały dzień i całą noc wozi i napełnia puste butle. Wszystko to w pełnym reżimie sanitarnym i pracy w środkach ochrony osobistej.

– Panie Zygmuncie, nie ma pan większych butli? Starczyłoby na dłużej – pytam, kiedy kolejny raz w środku nocy jedzie z pełną butlą, zapewniającą dwugodzinny dostęp do życiodajnego gazu dla chorego.

– Panie doktorze, mam, ale nie mam siły ich przywieźć – odpowiada z wysiłkiem emeryt.

A to tylko dwóch chorych i to leżących na swoim miejscu, w oddziale. Bez tlenu zadusiliby się w kilkanaście minut. W trakcie nocy „zrobiły się” dwa miejsca. Nie zmieniło to jednak w żaden sposób sytuacji, ponieważ na SOR-ze czekają na przyjęcie kolejni pacjenci z niewydolnością oddechową.

#

Przyjęta z oddziału zakaźnego pacjentka zerwała maskę, wyrwała wkłucia i usiadła na łóżku. Zajęło jej to chwilę, ale czujne oko pielęgniarki

wychwyciło to na kamerze. Zanim się w biegu przebraliśmy, saturacja spadła do 44%. Pacjentkę kładziemy do łóżka i nakładamy maskę, stosujemy przymus bezpośredni. W tej chwili zagraża swojemu życiu i zdrowiu, a z powodu niedotlenienia nie może świadomie podejmować decyzji. Jest trzecia w nocy, spoceni, zakrwawieni i zmęczeni ściągamy kombinezony. Zastanawiam się, czy 24-godzinny dyżur w tych warunkach to nie jest jednak za długo. Bolał mnie wszystkie mięśnie, nawet gałki oczne i głowa. A w spierzchniętych ustach język jest jak kołek. Za mało piłem, za długo przebywałem w kombinezonie.

Pacjentka na razie jest stabilna, jeśli nie osiągnie na tych ustawieniach zadowalającej saturacji, to pójdzie „na rurę”.

#

Rano rozmawiam z szefem OIT, spoko gość. Ma ogromną wiedzę oraz poczucie humoru, które mi odpowiada. Co najważniejsze on i jego metody są bardzo skuteczne, wreszcie ludzie zaczęli wychodzić z koronawirusowego OIOM-u. Wczoraj dostaliśmy od nich otyłego pacjenta, równolatka Lenny’ego Kravitz’a. Żyje, choć pobyt w OIT nie obył się bez szwanku, nie mówi nic. Przynajmniej na razie. Wraca do nas dalej w ciężkim stanie, ale stabilny, już nie wymaga wspomagania oddychania. Ma za to urosepsę – uogólnioną infekcję wychodzącą z dróg moczowych. W badaniach moczu rośnie rzadko spotykana „pałeczka krwawa” – *Serratia marcescens*. Nie pamiętam, abyśmy do tej pory mieli w szpitalu taki wynik posiewu. Pacjent jest jednak księdzem, a *Serratia marcescens* bardzo lubi kościoły. Ta bakteria odpowiada za wiele cudów w historii naszego Kościoła. Otóż wydziela czerwony barwnik – prodigiozynę i ma zdolność do wzrostu na skrobi zawartej między innymi w hostii. Stąd zdarzające się czasem eucharystie ze „ślądami krwi” bądź drewniane rzeźby maryjne płaczące „krwawymi” łzami.

U nas trwa ciągła rotacja, a ksiądz zwolnił miejsce na OIT dla młodej trzydziestoparoletniej dziewczyny, która miała pecha w genetycznej ruletce i COVID u niej przebiega bardzo ciężko.

Ja zaś cieszę się, bo wraca do nas kolejny pacjent.

– Dobra, weźmiemy ją [tę pacjentkę z nocy], ale wy zabieracie pana Józefa, jest już rozintubowany – zarządza anestezjolog.

– A w jakim jest stanie? – dopytuję.

– Dość dobrym, poza tym, że ma majaczenie hiperaktywne³⁹, jeszcze chwilę go tu potrzymam, to pielęgniarki wyrzucą go przez okno – radośnie odpowiada szef OIT-u.

– A co zrobią w takim razie moje pielęgniarki? – pytam.

– U was jest niżej – odpowiada żartem.

– Przekonałeś mnie.

Nie można być ciągle poważnym w pracy, niemniej to ważna informacja, w majaczeniu pacjent może zrobić sobie krzywdę. Majaczenie wynika ze stanu, w jakim się znajdował, może występować np. po zabiegach operacyjnych. Raz widziałem nawet przy przygotowaniu do kolonoskopii i utracie elektrolitów. Myślę, że przejdzie w ciągu kilku dni, trzeba będzie teraz dołączyć leki przeciwpsychotyczne.

Idę podzielić się tą radosną nowiną o przekazaniu na wymiankę za majaczącego pacjenta z pielęgniarkami. Nie będą zachwycone.

#piątek 30 października

Po dyżurze jestem cały obolały, to była kolejna doba na pełnych obrotach. Mój krokomierz wczoraj o północy pokazał szesnaście tysięcy. Dużo, zważywszy, że wychodząc ze szpitala rano dobijam kolejnych pięć.

Jestem osłabiony i przemęczony – to był szósty dyżur z rzędu, pełniony co drugi dzień, jutro mam kolejny, ale po tej serii cztery dni przerwy. Nie mam ochoty nic jeść, po prostu padam na łóżko.

Po południu żona wysłała mnie po sprawunki do apteki, mam też kupić tran dla dzieciaków. Moja mama, żeby przekonać mnie do tranu, powtarzała: „Tran daje odporność i dostają go w nagrodę tylko grzeczne dzieci”. Wykorzystujemy ten sposób i Zuzia sama domaga się syropu lub kapsułek z rybką. Nie będę krył, do tej pory lubię pić tran, zatem w domu zaaplikowałem sobie dwie duże łyżki. Tylko że... Tran wcale nie ma smaku. Zniknęła rybia nuta znienawidzona przez większość dzieci. Czuję jedynie oleistość i temperaturę. Odłożyłem szybko łyżkę i rzuciłem się do szafki z kawą, pociągnąłem nosem tuż nad otwartym opakowaniem kawy, ale nic nie poczułem... Nic...

Perfumy?... Nic...

Straciłem definitywnie i całkowicie węch. To chyba jedyny ze zmysłów, które można było tak podstępnie zabrać. Stało się dla mnie jasne, że jestem dodatni.

Poniekąd poczułem niewielką ulgę, lepiej teraz niż za miesiąc, kiedy spodziewam się totalnej masakry w pracy i niczym dziecko, uczące się nowej rzeczy, zacząłem testować, co czuję, a czego nie.

Jestem w stanie określić fakturę jedzenia oraz jego temperaturę. To przedziwne, kiedy domowa pizza nie smakuje jak pizza, a świeży pomidor jest po prostu mokrym i mięsistym kawałkiem czegoś w buzi. Potem sprawdzam różne substancje mające odpowiednik najbliższej konkretnych smaków. Cukru nie czuję wcale, trochę jak piach tylko przyjemnie szeleszczący między zębami. Sól wyczuwam delikatnie, jakby stłumioną na czubku języka. Kwasek cytrynowy – czuję kwaskowatość, a usta zalewa mi natychmiast duża porcja pobudzonej przez jego kwasowość śliny. Niestety nie przychodzi mi nic gorzkiego do głowy. Sproszkowane papryczki piri-piri – po chwili od przyjęcia niewielkiej dawki czuję dobrze znane pieczenie, tym razem jest tylko smak pikantny, nie ma tej ferii aromatów i posmaków, które uderzają kubki smakowe miłośnika ostrego jedzenia, zanim pieczenie osiągnie maksymalny poziom. Ostry smak najlepiej ze wszystkich się trzyma, ale nie ma co się dziwić, w końcu nie odpowiadają za niego kubki smakowe, a receptory bólu.

Wącham jeszcze raz butelkę octu, oczy mi nieco zaczęły łzawić, ale zapachu nie czuję. To niesamowite.

– Myszka – straciłem węch i smak. Na pewno jestem dodatni – mówię, wkładając głowę w maseczce do sypialni, gdzie właśnie karmi naszą najmłodszą córkę.

– No co ty mówisz? To co teraz będzie? – nie dowierza, a głos zaczyna jej się łamać.

– Jutro zrobimy testy, jak tylko ja będę dodatni, to idę do izolatorium. Będę spać dzisiaj na kanapie – odpowiadam.

Następnego dnia otrzymuję wynik pozytywny, jestem jedną z 21 987 osób potwierdzonych tego dnia, na razie żona i dzieciaki mają wyniki ujemne. To najważniejsze.

Dopiero teraz dostrzegam, że miałem objawy wcześniej, choć uważałem je za przemęczenie. Ból głowy, ból gałek ocznych, ból pleców, uczucie zmęczenia. Przy takiej pracy dopiero całkowita utrata węchu i smaku mi to uświadomiła.

Kolejne dni spędzam w izolatorium. Niewielki pokój ze standardem z początku lat 90. i łazienką. Na drzwiach wisi kartka z wielkim napisem „STOP” i informacją, że po przekroczeniu tego progu otrzymam 30 000

złotych grzywny. Pod drzwiami w określonych godzinach podstawiane są szpitalne posiłki – o teraz to schudnę na pewno, a koleżanka pielęgniarka przychodzi dwa razy dziennie mierzyć temperaturę i saturację.

Do wszystkich objawów dołączył suchy kaszel, mam też uczucie, jakby ciężiej mi było nabrać powietrza do płuc, jakbym nie nabierał go do końca. Miła pani z sanepidu zadzwoniła i poinformowała mnie, że wstępnie mam izolację do 9 listopada, moja żona zaś jest na kwarantannie o 1 dzień dłużej.

To dobrze, gdybym nie poszedł do izolatorium, jej kwarantanna obejmowałaby cały pobyt ze mną w izolacji i 10 dni od mojego ostatniego dnia, kiedy jestem traktowany za chorego. 21 dni bez możliwości zabrania dzieciaków na spacer, mordęga. A tak mamy podobny czas.

Mam nadzieję, że ich nie zaraziłem.

3 listopada ogłoszono, że w Katowicach zmarło 4-miesięczne niemowlę zakażone koronawirusem, na razie nie podali informacji o innych obciążeniach. Martwię się i boję o swoje dzieci.

#

Mam teraz więcej czasu, aby śledzić na bieżąco to, co się dzieje w kraju, a to przeraża. Najgorzej jest na zamkniętych grupach lekarskich, koledzy głównie ze stolicy opowiadają, co się dzieje, a włos jeży się na głowie.

„Codziennie odsyłam z SOR-u parę osób z niewydolnością oddechową, żeby umarły w domu. Nie mamy miejsc. Nigdzie nie ma miejsc”.

„Mamy oddział COVID-owy, 14 łóżek bez tlenu. Dzisiaj 6 zgonów”.

Ludzie pytają się nawzajem, jak leczyć ostrą niewydolność oddechową w domu? Co podawać? Jakiego koncentratora tlenu używać?

Ja uważam, że żadnego. Koncentrator tlenu służy do leczenia przewlekłej niewydolności oddechowej. Osiąga stężenia rzędu 95% tlenu, ale w przepływach 2–3 litrów na minutę. Nie pomoże to zakażonemu idącemu w ostrą niewydolność oddechową, zapotrzebowanie na tlen mają dużo większe. A przejściowa parogodzinna poprawa na takim sprzęcie opóźni wezwanie karetki, w rezultacie pogorszy rokowania w szpitalu. Ale tonący brzytwy się chwyta.

„W jakim szpitalu? Dostaję od razu ripostę. Nigdzie nie ma miejsc! – jak mantra powtarza kolega z mazowieckiego”.

„Mamy kolejki na miejsca po zgonach” – dodaje drugi.

Czyli wszędzie jest tak źle, u nas też nie ma miejsc. Na razie nie słyszałem, żeby kogoś odesłali z niewydolnością oddechową do domu. Na razie...

Nie rozumiem jednej rzeczy. Jak można otworzyć oddział COVID-owy bez tlenu, który jest podstawowym lekarstwem. Przecież równie dobrze zamiast łóżek mogą stać trumny!

Inna rzecz, która mnie mocno nurtuje, to to, że w całym kraju mówią o respiratorach, ale nikt głośno nie mówi o sprzęcie do wentylacji nieinwazyjnej. Wiadomo, że część respiratorów ma opcję wentylacji nieinwazyjnej, wymagają tylko specjalnej maski, ale ile z nich jest tak używanych? Sprzęt do wentylacji nieinwazyjnej jest tańszy od respiratorów używanych na OIT, a to on pozwala nam wyciągnąć ciężko chorych. Rura zawsze powinna być ostatecznością.

#

Zgodnie z rozporządzeniem z 2 listopada 2020 przedstawiciel zawodu medycznego nie ma obowiązku poddania się kwarantannie po skierowaniu na wykonanie testu w kierunku SARS-CoV-2.

No tak, a przecież dotychczas retoryka była taka, że medyków jest dużo i dajemy sobie ze wszystkim radę. Ponownie: „Wszystkie ręce na pokład...”, nawet te potencjalnie chore...

¹ Oczywiście chodzi o skierowanie wystawione po rozmowie telefonicznej, ale równie dobrze mogłoby to być zrobione po wróceniu z fusów.

² Pacjent jest zakażony, ale test wychodzi jeszcze negatywny.

³ Oddział Intensywnej Terapii.

⁴ Miejsce, w którym przewód wątrobowy wspólny uchodzi do dwunastnicy, odprowadzając żółć i sok trzustkowy.

⁵ Przewód żółciowy wspólny.

6 Skierowania, w przeciwieństwie do recepty, nie da się wysłać czy podać kodu telefonicznie, e-skierowanie zostało wprowadzone do powszechnego użytku na początku 2021 roku.

7 Choroby obstrukcyjne związane są ze zmniejszonym przepływem powietrza przez płuca, jak np. przy skurczu oskrzeli w astmie.

8 STOP Zorganizowanym Elektronicznym Torturom – jest to stowarzyszenie na rzecz ofiar kontroli umysłu, elektronicznego nękania, zorganizowanego prześladowania z użyciem wyrafinowanych technologii neuronalnych i stosowania broni psychotronicznej na ludziach. Jak sami piszą na swojej oficjalnej stronie <http://stopzet.org/>.

9 MF – morfina.

10 Pacjent zaczyna coraz wolniej oddychać.

11 Jaworskiego, Blumberga i Rovsinga.

12 Czytelnicy „Niewidzialnego frontu” wiedzą, że używaliśmy do ochrony wielorazowych pełnotwarzowych masek do nurkowania, miały wydrukowane na drukarce 3D przejściówki, pod które podpinaliśmy filtry od respiratora. Była to moim zdaniem najlepsza dostępna ochrona.

13 Worek samorozprężalny, wykorzystywany w resuscytacji u pacjenta nieoddychającego lub oddychającego w sposób nieefektywny. Nazwa pochodzi od producenta jednego z pierwszych tego typu urządzeń.

14 Karina – potoczna nazwa przenośnego modelu respiratora – od „Carina”.

15 Triaż – punkt segregacji chorych, zazwyczaj jest tam ratownik bądź pielęgniarka i najłatwiej na całym SOR-ze się tam dodzwonić.

16 Zautomatyzowany defibrylator zewnętrzny.

[17](#) Zgodnie z rozporządzeniem MZ na jedno stanowisko intensywnej terapii ma przypadać 2,2 etatu na dobę. Czyli przykładowo na 9 stanowisk intensywnej terapii zatrudnionych powinno być 20 pielęgniarek w wymiarze 1 etatu.

[18](#) Nagłe zatrzymanie krążenia.

[19](#) Z uwagi na publikacje o braku wpływu na przebieg infekcji odstąpiliśmy od tej terapii w październiku.

[20](#) Dexamethason (deksametazon) w porównaniu z opieką standardową u chorych na COVID-19 leczonych w szpitalu – wstępne wyniki badania RECOVERY – artykuł w mp.pl

[21](#) Prof. dr hab. n. med. Wojciech Szczeklik, dr n. med. Jacek Mrukowicz, prof. Roman Jaeschke MD MSc.

[22](#) Kolejne publikacje wykazywały jego działanie jedynie na samym początku choroby, stąd był ograniczony czas na włączenie leku do przyjmowanego do szpitala pacjenta.

[23](#) Heparyna drobno cząsteczkowa.

[24](#) Tradycyjne japońskie podziękowanie za posiłek. W trakcie studiów na politechnice uczyłem się trochę japońskiego, a i Księżna bardzo lubi japońską kulturę.

[25](#) Doczekałem się 21 stycznia 2021 roku – był bardzo dobry.

[26](#) Wektorem nazywamy każdą rzecz, która potencjalnie przenosi wirusa poprzez kontakt z osobą zakażoną, są to dotykane powierzchnie, przyciski w windzie czy klamki.

[27](#) Co ciekawe nazwa nie pochodzi od nazwiska lekarza, który to opisał, ale od jednego z bohaterów książki Charlesa Dickensa „Klub Pickwicka”. W książce grubas Joe o charakterystycznej czerwonej twarzy zjada ogromne ilości różnego jedzenia i zasypia w każdej sytuacji i o każdej porze dnia. Co dobrze oddaje istotę tej choroby.

[28](#) Ponieważ Zuzia ma dwóch dziadków o imieniu Adam, rozróżnia ich za pomocą posiadanych przez nich psów, a więc jest dziadek Adaś od Mai i dziadek Adaś od Mili.

[29](#) Jak zapewne się domyślicie, asystent był nietoperzem.

[30](#) Gdyby ktoś był zainteresowany, to serdecznie polecam Fabrice'a Lelarge'a „Ostry dyżur w szpitalu u zwierząt”, wyd. Siedmioróg, Wrocław 2019.

[31](#) Uraz ciśnieniowy płuc o różnej etiologii.

[32](#) Ang. łatwo się nauczyć, trudno osiągnąć mistrzostwo.

[33](#) Ang. *super-spreaders* – osoby zarażające kilkakrotnie większą liczbę osób niż statystyczny chory, najczęściej bez lub skąpoobjawowi.

[34](#) Przed erą COVID-a prawdopodobnie bardziej kojarzyłoby mi się to z Peep Show – jednym ze starszych polskich „świerszczyków” niż z ustawieniami wentylacji.

[35](#) Pojawiające się artykuły naukowe wysypują się jak grzyby po deszczu, są doniesienia z Chin, Hiszpanii czy Stanów Zjednoczonych, zazwyczaj problemy omawiane są w nich na małych grupach pacjentów. Praca Alison E. Thompson, MD et al., *Prone Positioning in Awake, Nonintubated Patients With COVID-19 Hypoxemic Respiratory Failure*, JAMA Intern Med. Published online June 17, 2020, na przykładzie 29 pacjentów zakwalifikowanych do wentylacji w „prone position”.

[36](#) Ang. *do not resuscitate* – nie do reanimacji.

[37](#) CPAP – to jeden z trybów wspomaganie wentylacją nieinwazyjną, ten akurat stosuje się również w leczeniu zespołu bezdechu śródsewnego, jak i w ostrej niewydolności oddechowej.

[38](#) Adrenalina i levonor (noradrenalina) to tzw. aminy presyjne – leki oddziałujące na układ krążenia poprzez działanie na mięsień sercowy bądź naczynia obwodowe. Ich zadaniem jest podniesienie ciśnienia choremu.

[39](#) Majaczenie hiperaktywne charakteryzuje się zaburzeniami świadomości, chory jest splątany, mogą towarzyszyć temu omamy i urojenia, posiada również zwiększoną aktywnością ruchową, pacjenci są zmienni emocjonalnie, często agresywni. Trudno nad nimi zapanować.

#wtorek 3 listopada

Prezydent Rzeczypospolitej podpisał nowelę ustawy anti-COVID-owej, tej zakładającej zwolnienie od odpowiedzialności karnej – na czym mi najbardziej zależało, oraz dodatek dla medyków. W sumie mam go gdzieś, bo i tak ja i moi koledzy robilibyśmy dalej swoją robotę, ale fajnie, że jest. Pomijam fakt, jak wielka rozpętała się o niego polityczna wojna – napawa mnie to obrzydzeniem. Podsumujmy:

- 1) Ukazuje się informacja o dodatku, ale tylko dla medyków skierowanych do zwalczania epidemii przez wojewodę.
- 2) Senat przegłosowuje poprawkę, żeby dotyczyło to wszystkich pracowników ochrony zdrowia walczących z pandemią.
- 3) Sejm poprawkę przyjmuje.
- 4) Paręnaście godzin później posłowie PIS składają projekt poprawki, której celem jest „konwalidacja błędu”, jakim było przyznanie dodatku wszystkim medykom walczącym z COVID. Sejm poprawkę przyjmuje. Znowu dodatek mają dostać tylko niektórzy.
- 5) Medycy w całym kraju czują się, jakby im ktoś napluł w twarz.
- 6) Minister Zdrowia Adam Niedzielski informuje na swoim Twitterze: „Aby przeciąć wszystkie spekulacje, zdecydowałem się nie czekać na wejście w życie ustawy i wydałem już dziś polecenie gwarantujące wypłatę podwójnego wynagrodzenia dla pracowników medycznych walczących z COVID-19. Grupa beneficjentów została poszerzona o ratowników i diagnostów”.
- 7) Prezydent podpisuje ustawę, nie obejmuje ona wszystkich medyków walczących z COVID-19, a jedynie z II i III stopnia referencyjności i tych skierowanych do pracy przez wojewodę. Wypłaty dodatków będą jednak na podstawie polecenia MZ. Całość jest niejasna, skąd późniejsze problemy z wypłatami dodatków w całej Polsce. NFZ zaleca podchodzenie do każdego przypadku indywidualnie.

#środa 4 listopada

Wczorajszy dzień był ciężki, czwarty już w odosobnieniu, nie miałem siły na nic. Byłem cały ociężały, jakbym poruszał się w smole. Niewidzialny wirus wyciągał ze mnie wszystkie siły vitalne. Mam nadzieję, że to tylko tak się skończy, że jestem teraz w momencie przesilenia. To właśnie mniej więcej w 5.–7. dobie u naszych pacjentów, tych początkowo skąpoobjawowych, zaczyna się przełamanie albo w jedną, albo w drugą stronę.

W nocy obudziłem się rozdygotany, z dreszczami ogarniającymi całe ciało i uderzeniami zimna. Niczym fale mroźnego morza otulające raz po raz rozbitka, który trzyma się dryfującego masztu. Odczuwałem też duszność, choć inną niż dotychczas, tak jakbym nie był w stanie nabrać dostatecznie dużo powietrza. Ból w klatce napawał mnie lękiem i choć był gniotący, to racjonalizowałem go i pocieszałem się, że nie spełnia kryteriów bólu wieńcowego. Zwiększone ryzyko zawałów i udarów, nawet u młodych... Za dużo wiem, a to psychicznie nie pomaga. Nie mam termometru ani pulsoksymetru, zostawiłem je w domu na wypadek, żeby żona z dziećmi w razie potrzeby mogła skorzystać. Tu codziennie któraś z moich izbowych koleżanek sprawdza mi te parametry. Dotychczas temperatura była w normie, a saturacja, cóż, tylko lekko obniżona.

Łykam tabletkę paracetamolu i biorę głęboki wdech Ventolinu, mam astmę, więc liczę na to, że ta duszność, choć nieco inna niż odczuwana wcześniej, jest w mechanizmie obturacji i pomogą mi leki rozszerzające oskrzela. Zasypiam, wciąż mając dreszcze. Śnię niespokojnie o spacerach z rodziną pośród jesiennych drzew. Bez masek, z uśmiechami na twarzach. Mała Zuzia biega dookoła i podrzuca w powietrze sterty kolorowych liści, śmiejąc się radośnie. Ania ciekawsko wygląda z wózka, obserwując siostrę, a ja obejmuję żonę ramieniem i patrzymy razem na nasze wspiane dzieciaki.

Rano budzę się i wiem, że w tym roku to nie nastąpi. Być może w przyszłym, choć wtedy dzieci będą już większe, a my starsi. Koronawirus ukradł nam ten czas, którego nie da się odzyskać.

Dzisiaj jest wyjątkowy dzień z innego powodu, moja Kruszyńka ma swoje trzecie urodziny. Planowaliśmy je od dawna w stylu „Psiego Patrolu”, który tak bardzo lubi, ale przeze mnie i kwarantannę, gości nie będzie.

Łączę się z żoną poprzez wideorozmowę, czas złożyć córce życzenia.

– Tato, mam urodziny! – Rozlega się głos mojej córki, jak tylko żona daje mi ją do telefonu. Siedzi na kanapie, a na głowie ma urodzinową czapkę z „Psim Patrolem”, obok siada moja żona z młodszą córką i uśmiechają się do mnie. Też mają czapki.

– Wszystkiego najlepszego, Zuziu, z okazji trzecich urodzin. Przepraszam, że nie mogę być z wami... – kończę zdanie łamiącym się głosem.

– Gości nie będzie, mam kwalantannę... – odpowiada Zuzia smutno.

– Ale tato! Mama upiekła tort, bezowy, twój ulubiony – woła znowu radośnie moja Kruszynka.

– Tato? Ty płaczesz? – pyta Zuzia, patrząc, jak łza spływa mi po policzku.

– Nie kochanie, tu po prostu jest bardzo suche powietrze i oczy mnie szczypią – kłamię. – Niedługo wrócę.

Zaraz po rozmowie żona przysłała mi zdjęcie. Tort bezowy, na środku znajduje się wbity drewniany patyczek z papierową „3”, a za tym wszystkim moja córka, siedzi na kanapie, sama. To chyba najsmutniejsze urodziny, jakie w życiu widziałem. Suche powietrze znowu daje mi się we znaki. Po policzkach popłynęły mi łzy, choć nawet one nie mają teraz swojego charakterystycznego słonego smaku.

Nienawidzę cię wirusie... – pomyślałem, personifikując moją wściekłość, pomieszana ze smutkiem i bezsilnością. Nienawidzę...



Trzecie urodziny bez gości. W kwarantannie.
Fot. kolekcja własna

#

Rozmawiałem z koleżanką z oddziału, skończył nam się sprzęt, nie mamy do czego podłączyć pacjenta. Ani NIV, ani HFNC, ani respiratora. Wczoraj w całym szpitalu nie było respiratora dla pacjenta, który się zatrzymał. Kiedyś myślałem, że fajnie jest mieszkać we Włoszech. Z tym, że chodziło mi bardziej o południowe Włochy, może Palermo? Tymczasem mamy Bergamo.

#

Są rzeczy, które trzeba zacytować, bo inaczej ktoś za parę lat powie, że zmyśliłem to wszystko. Tymczasem to się dzieje tu i teraz, wczoraj w swoim wystąpieniu minister zdrowia Adam Niedzielski powiedział: „Mamy do czynienia często z pewnym niezrozumiałym ukrywaniem tych łóżek, które faktycznie są dostępne, a niekoniecznie dyrektor czy kierujący jednostką chce tego pacjenta przyjmować. [...]poprosimy wojsko o wsparcie w zakresie administrowania tą informacją...”. Zatem według tego wystąpienia teraz winą za brak miejsc obarcza się dyrektorów szpitali? Nie udał się atak na niezaangażowanych lekarzy, to poszukamy kozła ofiarnego w administracji placówek? A jaki dyrektorzy mieliby cel w chowaniu miejsc, za których zajęcie płaci NFZ? Po co mieliby to robić i nawet gdyby tak robili, czy byłaby to skala, która miałyby realny wpływ na statystyki w Polsce? Cholera, może ja mam dobrego dyrektora, ale sam przychodził któregoś dnia po południu w trakcie mojego dyżuru, patrząc, czy prowizoryczne śluzy na kolejnych dwóch salach są gotowe. Ekipę na cito ściągał, żeby poprawili to, co wzbudzało nasze zastrzeżenia, a wszystko po to, żeby jak najszybciej odblokować miejsca dla chorych. Kiedy zaczynał budować szpital tymczasowy, MZ oceniało inwestycję jako nietrafioną i niepotrzebną, by wreszcie trzy miesiące później tworzyć prowizoryczne placówki, jakością nieumyślając się do tej, która koło nas powstaje.

Za to będzie chodził żołnierz, by zarządzać wolnymi łózkami. Tak jakby w interesie lekarza powiadamiającego dyspozytora było kłamanie o liczbie wolnych miejsc. Nie jestem przeciwny WOT czy żołnierzom w szpitalu, przeciwnie niech pomagają. Niech wożą butle z tlenem razem z panem Zygmuntem albo niech wożą je sami, on je będzie tylko napełniał tak, aby pokryć odcinki, gdzie nie ma infrastruktury tlenowej. Niech transportują naszych pacjentów do pracowni tomografii komputerowej czy wreszcie pobierają wymazy. Ale na litość boską, łóżka potrafimy liczyć sami i zazwyczaj jak coś się zwolni, to jest już kolejka na to miejsce.

Psst... Jedno niewykazane łóżko jest w naszej dyżurce, fakt, że to kanapa, ale może się nada?

#piątek 6 listopada

Dziś czuję się o wiele lepiej. Siły mi wracają, próbowałem więcej zjeść, ale jak zobaczyłem szpitalną rybkę, to wymiękłem. Nawet bez wężu i smaku.

Wdałem się w rozmowę z moim przyjacielem lekarzem z innego szpitala, u nich też jest pogrom, większość załogi jest dodatnia, ale na szczęście nikt, kogo znam, nie ma ciężkiego przebiegu. Podzielił się ze mną za to inną wiadomością.

– Przyszła decyzja wojewody, że mamy mieć 96 łóżek COVID-owych, a w całym szpitalu łącznie z oddziałem zamiejscowym jest 90 łóżek – rzuca gniewnie.

– Nie dodałeś pokoi socjalnych lekarzy i pielęgniarek, na pewno da się tam zamienić wersalki na łóżka – odpowiadam niefrasobliwie. – Poza tym z tego, co pamiętam, to w większości sal nie ma instalacji tlenowej, więc równie dobrze możecie dostawić łóżka na korytarzu. Powiedz przynajmniej, ile wam sprzętu dali? Dostaliście na przekształcenie respiratory, NIV-y, HFNC, prawda? – dopytuję.

– Gówno dostaliśmy, wręczyli decyzję i pyk, pojawia się prawie 100 miejsc z kosmosu. Ani sprzętu, ani tlenu. Medialnie miejsca się robią, a tak naprawdę wojewoda każe nam, kurwa, lazaret zakładać – wylewa swoje żale.

Rozumiem go, to on będzie przykrywać twarze kolejnych osób prześcieradłem i wystawiać kartę zgonu. Medialnie jest super, mamy kolejne miejsca, w rzeczywistości sytuacja chorych jest beznadziejna. Tlenoterapia to podstawa leczenia tej choroby. Żeby chociaż był realny plan dostawy sprzętu. Można to przecież zorganizować, przy braku infrastruktury trzeba by było zaplanować przewiezienie magazynu butli tlenowych i z pluton żołnierzy, którzy zapewniłoby całodobową wymianę tych butli, wraz z transportem na oddziały. Tu powinno przydać się wojsko, tak jak w medycynie katastrof.

– Wiesz, że ja dalej piszę? – pytam przyjaciela.

– No słyszałem – odpowiada zdawkowo.

– Mogę to opisać? – pytam nieśmiało.

– Nawet musisz. – W jego głosie słychać dziwną stanowczość. – Może chociaż tak zaprotestujemy, bo żaden z nas nigdy nie odejdzie od łóżka pacjenta.

#

„Nigdy w historii Polski tak wiele osób nie zawdzięczało tak niewielu – lekarzom i pracownikom ochrony zdrowia. Cały budżet i wysiłek państwa jest skierowany na wsparcie ich walki z koronawirusem” – M. Morawiecki⁴⁰.

#sobota 7 listopada

Nie udało się. Wczoraj wieczorem przyszedł wynik pozytywny mojej żony. Jednak ją zaraziłem. W zasadzie nie miałem wątpliwości w momencie, w którym powiedziała, że w czwartek straciła węch. Mamy potwierdzenie, więc po załatwieniu wszelkich formalności wracam do domu. Z jednej strony się cieszę, że szybciej zobaczę żonę i dzieci, z drugiej mam okropne wyrzuty sumienia. Mimo że bardzo się starałem, przywlokłem to paskudztwo do mojego domu.

Po powrocie dzieciaki rzuciły mi się w ramiona, tzn. starsza, młodsza zaczęła po prostu energicznie raczkować w moją stronę. Najbardziej żałuję, że ominęły mnie urodziny córki, czasu się nie cofnie, a moja izolacja nic nam nie dała.

Wieczorem żona przyrządza przepyszną pizzę, przynajmniej tak ją sobie będę wyobrażał. Niemniej na parę minut przed wyjęciem ciasta z piekarnika, kiedy ukradkiem porywam puszystą piankę z otwartego opakowania na blacie, przez mój język przyzwyczajony do odrętwiającej obojętności przetacza się fala słodkiego smaku. Wraz z częściowym powrotem węchu, wrócił mi smak i to tuż przed zjedzeniem wieczornej pizzy. Serek, salami, oliwki, suszone pomidorki, kukurydza i sosik czosnkowy – to wszystko ponownie zaczynam odczuwać w pełni, a nie jako masę składającą się z wypadkowej faktury, wilgoci i temperatury. Dziś nic nie jest w stanie popsuć mi humoru, ale na wszelki wypadek nie włączam telewizora i nie odpalam mediów społecznościowych. Nacieszę się czasem z rodziną.

#środa 11 listopada

Święto niepodległości, jedna z najważniejszych rocznic we współczesnej historii naszego kraju. Z tej okazji ulicami stolicy przeszedł doroczny marsz złożony z patriotów i dumnych Polaków. W przeciwieństwie do protestujących kobiet, których marsze zazwyczaj przebiegały bez atrakcji,

ten w nie obfitował. Mimo zamkniętych sklepów uczestnicy tak łaknęli dostępu do literatury, że policja musiała bronić jednej z popularnych księgarni. Być może, chodziło o współczesną inscenizację trudnych momentów z walk o Warszawę. Stąd to starcie w wąskiej uliczce, ale takie inscenizacje proponuję pozostawić na rocznice związane z powstaniem warszawskim albo powstaniem w getcie. Chociaż nie, getto odpada, przecież tam walczyli Żydzi, a „prawdziwy Polak patriota” jest antysemitą. Przy okazji udało się podpalić rzucanymi racami pracownię malarza Stefana Okołowicza zajmującego się twórczością Stanisława Ignacego Witkiewicza. Myślę, że Witkiewicz nie był winny, jego obrazy „Ranny powstaniec” czy „Ułani” wciąż do mnie przemawiają i poruszają moją wyobraźnię. No niestety, dwa piętra wyżej, na balkonie, ktoś ośmielił się powiesić plakat Protestu Kobiet i „gorszącą” tęczową flagę. Napastników nie zraziło, że race nie dolatują do balkonu zgorszenia i rozpusty, zadowolili się wznieconym pożarem niżej i dodawali otuchy kompanom okrzykami „Niech ta kurwa płonie!”.

Szczęście w nieszczęściu, że strażacy, którzy przyjechali na miejsce zdarzenia, nie podzielali nastroju maszerującego tłumu i pracownia Stanisława Okołowicza została szybko ugaszona. Ale tak poważnie, przeraża mnie przemarsz bandytów, atakujących policję, szturmujących sklepy i podpalających przypadkowe mieszkania pod płaszczykiem patriotyzmu i za przyzwoleniem niektórych środowisk politycznych. Zwyczajnie mnie to przeraża, jako zwykłego obywatela.

W ten dzień warto poruszyć kwestię Szpitala Narodowego, odpowiedzi rządu na kryzys panujący w szpitalach w stolicy. Zbudowany w szybkim tempie szpital tymczasowy, docelowo miałby mieć miejsce dla 1200 pacjentów. Ukończony na początku listopada zapewnia w tym momencie 300 łóżek, z czego 45 jest przeznaczonych do intensywnej terapii. Bardzo dobry krok w celu rozładowania karetek i hospitalizacji pacjentów zakaźnych. Tylko że od paru dni czytam posty kolegów lekarzy o nieudanych próbach przekazywania pacjentów do Szpitala Narodowego. Sytuacja w stolicy jest dramatyczna, a ludzie umierają w oczekiwaniu na miejsce. A w Szpitalu Narodowym są dziesiątki wolnych miejsc, ale odpowiedź w sprawie przekazania tam pacjentów jest niezmiennie taka sama. Pacjent nie spełnia kryteriów!

Miejsce na korytarzu, bez tlenu, spełnia kryteria, a łóżko w szpitalu, który został do tego celu zbudowany, nie? Po długich bataliach z lekarzami

i dyspozytorami pogotowia opublikowano w końcu oficjalne kryteria:

Kryteria przyjęcia do Szpitala Tymczasowego (w fazie I) – dorośli chorzy wymagający hospitalizacji:

- a) Rozpoznanie COVID-19 na podstawie dodatniego wyniku PCR lub testu antygenowego, nie dłużej niż w ciągu 10 dni od początku objawów klinicznych;
- b) Stan wymagający lub nie tlenoterapii – jeżeli tak, to informacja, jaki przepływ i saturacja;
- c) Wynik badania obrazowego płuc (RTG lub tomografia komputerowa w ciągu ostatnich 5 dni);
- d) Brak ostrych i przewlekłych chorób współistniejących, wymagających leczenia specjalistycznego lub zakończone leczenie specjalistyczne (zachowawcze i/lub zabiegowe) chorób współistniejących (stan po operacjach, embolizacjach, leczeniu endoskopowym itp.).

Kryteria wykluczające przeniesienia do Szpitala Tymczasowego w fazie I:

- a) Ostre i przewlekłe stany kliniczne i choroby współistniejące, wymagające postępowania specjalistycznego, interwencji zabiegowych i/lub diagnostycznych, wykraczających poza zakres działania szpitala tymczasowego;
- b) Niewydolność oddechowa pomimo standardowej tlenoterapii biernej (np. pacjenci pogarszający się, wymagający tlenoterapii wysokoprzepływowej lub respiratoroterapii);
- c) Obraz ciężkiego zapalenia płuc w badaniach obrazowych, niezależnie od stanu klinicznego;
- d) Niestabilność krążeniowo-oddechowa wymagająca intensywnego nadzoru lub gwałtownie postępująca niewydolność krążeniowo-oddechowa;
- e) Aktywna, niekontrolowana, przewlekła choroba psychiczna;

- f) Ostre psychozy, niezależnie od etiologii;
- g) Stany upojenia alkoholowego, nadużycia substancji odurzających, zatrucia innymi substancjami;
- h) Zaawansowane zespoły otępienne;
- i) Chorzy pozostający w opiece paliatywnej z powodu choroby terminalnej, niezależnie od etiologii;
- j) Współistniejące choroby zakaźne;
- k) Czynne zakażenie niektórymi drobnoustrojami – alert patogeny (np. bakterie z odpornością na antybiotyki);
- l) Nabyte i wrodzone zespoły obniżonej odporności;
- m) Ciężarne bez względu na stan zaawansowania ciąży.⁴¹

Nieoficjalnie w środowisku warszawskim mówi się, że padają dodatkowo kryteria:

- pacjent wymaga nie więcej niż 3 l tlenu,
- pacjent jest chodzący i może dojść do oddalonej toalety.

Pacjent musi spełniać wszystkie wymienione kryteria i nie może mieć ani jednego wykluczenia. Sam nie mam takiego pacjenta do przekazania. Taka osoba siedzi sobie spokojnie w domu. Większość naszych pacjentów ma choroby współistniejące. Wymagają tlenoterapii zazwyczaj w przepływie 15 l/min i więcej. Pogarszają się oddechowio, bo są ciężko chorzy!

A chorzy terminalni? Oni też lądują w oddziałach szpitalnych i powinni mieć komfort dostępu do tlenoterapii, mają prawo godnie umierać, nie dusząc się.

Po co 45 łóżek do intensywnej terapii, skoro nie zamierza się przyjmować pacjentów, nawet w średnim stadium choroby? Pracownicy ochrony zdrowia mówią o tym wprost – to izolatorium albo sanatorium. Dla mnie natomiast to nie jest Szpital Narodowy, to narodowa farsa! Działania pozorowane, mające mieć wydzźwięk medialny i próba propagandowego

pokazania, że coś robimy, jak się o was troszczymy. A inne placówki opieki zdrowotnej dalej niech się topią w szambie.

I jeszcze ten dopisek na końcu:

„Wstępne kryteria przyjęcia do szpitala i wykluczenia z przeniesienia do Szpitala Tymczasowego w fazie I przyjęto, mając na uwadze zapewnienie optymalnego bezpieczeństwa chorych hospitalizowanych w Szpitalu Tymczasowym”.

Gdyby ktoś miał na uwadze bezpieczeństwo chorych, to by faktycznie uruchomił te łóżka, a nie kazał gnić dalej karetkom na podjazdach SOR-ów po dziesięć godzin. Rozładowaliby pacjentów dodatkich ze stref buforowych szpitali, tak żeby pacjent z zawałem nie czekał dwanaście godzin na karetkę, która utknęła w COVID-owej kolejce. Tylko, że ci, którzy za organizację „szpitala” i opieki zdrowotnej w naszym kraju odpowiadają, nigdy jej niedostatku nie doświadczą, lecząc się w placówkach MSWiA. Jak zawsze cierpieć z tego powodu będzie przeciętny, szary obywatel.

#czwartek 12 listopada

Czuję się zdrowy, choć może być to zwodnicze uczucie. Mój pulsoksymetr wskazuje podwyższony puls, dotychczas w spoczynku miałem wartości o 20–30 uderzeń na minutę mniejsze. Niepokoi mnie to, ważne, żeby wirus nie zajął mięśnia sercowego, jak to czasem zdarza się nawet przy zwykłej grypie. Saturacja wróciła do normy, nie mam też kaszlu ani duszności. Rwę się do pracy, chciałbym wrócić na oddział, gdzie koledzy prowadzą nierówną walkę, ale zwolnienie mam do soboty. Lepiej parę dni zregenerować siły, niż odpokutować to zdrowiem.

Dzwonił Padrino i poprosił o to, żebyśmy wzięli dyżur w niedzielę. Nie dał po sobie poznać, ale większość moich nieobecności wzięł na siebie. Potrzebuje pomocy. Takim sposobem znowu mam dyżur praktycznie co drugi dzień, dokładnie siedem całodobowych na piętnaście kolejnych dni.

Korzystając z wolnego, napisałem do jednej lekarki przez Messengera, nie znamy się, a rozmawialiśmy pierwszy raz w życiu miesiąc temu. Nawiązaliśmy kontakt po tym, jak dramatycznie szukała osocza ozdrowieńców dla chorej mamy. Poradziłem jej, aby spróbowała

w Raciborzu, Śląsk jako największe skupisko wiosennej fali miał też początkowo największe zapasy osocza. Wtedy sprowadziła dostępne osocze.

– Hej, jak mama? Udało się? – pytam, choć wiem, że dla niej rokowania nie były pomyślne.

– Hej... Niestety mama zmarła pod koniec października, a tata trzy dni po niej. Oboje dostali osocze, mama, jak była już pod respiratorem, a tata wcześniej. Poprawił się nawet na tym osoczu, ale później stracił przytomność w łazience i wszystkie parametry mu poleciały. Też nie dał rady pod maszyną.

– Przepraszam, że pytałem. Nie wyobrażam sobie, przez co przechodzisz. Moi rodzice są zdrowi, teraz tylko ja z żoną już w zasadzie przeszliśmy COVID. Za parę dni wracam do pracy.

– Skąd miałeś wiedzieć. Szukam logiki i pocieszenia w tym, że odeszli razem jak Romeo i Julia. Dla nich to lepiej, bo żadne po drugim nie płacze. Całe życie ciężko pracowali i w końcu odpoczywają.

– To piękne, co napisałaś, wiesz? To jak racjonalizujesz swój ból... Rodzice byli lekarzami?

– Pocieszam się, w nieszczęściu. Nie, nie byli, ale byli pracoholikami, ciągle zajęci, ciągle zapracowani...

– To trochę tak jak ja, wiecznie w pracy z dyżuru na dyżur.

– Wiem, ale pamiętaj, że rodzina jest najważniejsza. Ja czasem miałam ochotę zapłacić rodzicom za to, żeby ze mną spędzili czas, a nie pracowali. Ale nie chcieli mniej pracować ani pieniędzy od mnie. A czasu nam zabrakło...

– Masz rację...

– Muszę uciekać, spać, jutro kolejny dyżur. Dużo zdrowia dla ciebie i twojej rodziny.

– Wzajemnie!

Ta dotychczas nieznaną, koleżanką po fachu, podzieliła się ze mną swoimi odczuciami dotyczącymi rodziców. Po raz kolejny ktoś uświadamia mi, że za dużo pracuję. Nie chcę, aby i mnie zabrakło czasu dla moich dzieci. Po pandemii zamierzam ograniczyć czas pracy i mieć więcej go dla rodziny.

Nie zapytałem jej, jak zarazili się jej rodzice. Nie miałem odwagi, w końcu personel medyczny ma największą szansę na zakażenie siebie i swoich rodzin.

W jednym z wywiadów, które przeprowadzono ze mną w ostatnich dniach w trakcie promowania „Niewidzialnego frontu”, padło pytanie: „Czy mamy jakąś pomoc psychologiczną?”. Odpowiedziałem wymijająco, że wspieramy się nawzajem.

Prawda jest taka, że pomocy psychologicznej nie ma. Chodzimy do pracy i stykamy się z osobami, które przeżywają to samo. Każdy z nas tonie w tym samym bagnie. Jedyne, co nas wspiera, to to, że kolega czy koleżanka z dyżuru czuje i widzi to samo. Nawet z rodziną o tym nie rozmawiamy, bo niemedycyjni tego nie rozumieją. Oni nie przechodzą przez to piekło razem z nami. W trakcie wiosennej fali czytałem doniesienia, że nawet 40% młodych lekarzy walczących z pandemią we Francji ma objawy zespołu stresu pourazowego. Jednostki opisywanej u żołnierzy wracających z pola bitwy. Wtedy na wiosnę myślałem, że przesadzają albo że my jesteśmy „twardsi”. Teraz? Nie jestem tego taki pewien. Zdarzają mi się bezsenne noce w domu, gdy sen jak na złość nie przychodzi, a w głowie kłębią się demony.

Być może dziennik jest dla mnie swoistą terapią?

#niedziela 15 listopada

Po dwóch tygodniach przerwy od pracy z powodu choroby wracam na mój oddział. Zaczynam od dyżuru, o który prosił mnie szef, mam go z doktor Anią.

Sprawdzam listę pacjentów, kojarzę raptem jedno nazwisko na obu oddziałach. Chorzy, których znałem przed zwolnieniem, zostali wypisani albo odeszli. Zmarł pan Józef, mimo że wrócił do nas z OIT-u. Szkoda, liczyłem, że mu się uda, skoro przeżył respirator, choć należy pamiętać, że sam pobyt na oddziale intensywnej terapii jest bardzo obciążający psychicznie i fizycznie. Nawet młodzi ludzie potrzebują dużo czasu, żeby się wyrehabilitować i dojść do siebie, a niektórych ubytków w głowie, związanych z niedotlenieniem przy zatrzymaniu krążenia, często nie sposób naprawić.

– Mówcie, jak sytuacja? Ile osób „na rurze”? Mamy jakieś wolne NIV, HFNC?

– Dyżur był ciężki, teraz masz trzy osoby na respiratorze, high-flowa nie ma żadnego, NIV-y są, respiratory w zabiegowym pełnią funkcję wentylacji nieinwazyjnej – wylicza Ada.

– Wczoraj było czworo, ale jedna pacjentka zmarła. W zeszłym tygodniu mieliśmy sześć osób na respiratorze – dodaje Karol.

– Jezus, to jak OIT w zasadzie... – wymyka mi się mimowolnie.

W trakcie choroby szukałem nieco informacji o wentylacji mechanicznej i trybach obsługi respiratora, ale wciąż czuję się jak dziecko we mgle. Nie znam się na tym i boję się, że przeoczę coś, co dałoby do myślenia doświadczonemu anestezjologowi. Teoretyczne podstawy znam. Co do farmakologii szef zrobił ściągę dotyczące leków sedatywnych, zwiotczających i przeciwbólowych. Musimy dać radę. Tylko my stoimy między tymi pacjentami a otchłanią, nie ma za nami nikogo, kto by powiedział: To jest za trudne, ja to zrobię albo odpocznij sobie, ja to ogarnę. Jest tylko lekarz i pielęgniarki oraz pacjent, którego życie i śmierć waży się na szalkach odwiecznej wagi. Sytuacja pogarsza się, co odbija się na rosnącej liczbie osób wymagających intensywnej terapii, nie w OIT, u nas...

Drzwi od dyżurki otwierają się energicznie i dziarskim krokiem wchodzi Padrino.

– Cześć... – rzuca w powietrze.

– Cześć – odpowiadamy razem ja i dyżurni, którzy zaraz pójdą do domu.

– Nie pytajcie. Bardzo, ale to bardzo, nie miałem ochoty was dzisiaj widzieć...

– Co z Anią?

– Rozchorowała się. Napisała do mnie wczoraj o dwudziestej trzeciej, że jest chora. Miałem nadzieję, że żartuje, ale rano o szóstej trzydzieści wysłała esemesa, że nie da rady. To mój piąty dyżur w tym tygodniu...

– COVID?

– Cholera wie, mówi, że zatoki. Zobaczymy.

Mimo to uśmiecha się ciepło. Pamiętam, jak dzwonił do mnie parę dni wcześniej, żeby wykreślić siebie z grafiku. Miałem go odciążyć, tymczasem kiedy pojawia się kolejna wyrwa w harmonogramie, niczym plastyczne spoiwo wypełnia lukę kosztem czasu, który miał zaplanowany dla rodziny.

– Byle do wiosny, szefie.

– Byle do wiosny.

Doktor Ada wstaje i szykuje się do wyjścia, widać już delikatnie okrągły zarys jej brzuszka, choć sama jest wysoka i bardzo szczupła. Tajemnicą poliszynela jest to, że spodziewa się kolejnego dziecka. Szanuję to, że wiedząc, jaka jest sytuacja kadrowa, chce z nami walczyć z wirusem jak

długo może. Mam nadzieję, że nie odbije to się na zdrowiu jej i dziecka. Swoją drogą jej mąż kupił jej specjalny hełm z wymuszonym obiegiem powietrza przez filtry HEPA, jak z filmu „Epidemia” z 1995 z Dustinem Hoffmanem w roli głównej. Nie mam jednak złudzeń, że to ją uchroni przed zakażeniem. Wszyscy się zakazimy, nie widzę innej opcji, ważne, żeby przejść to jak najłagodniej. Każda ochrona jest dobra. Nie od dziś wiadomo, że ilość dawki zakaźnej wpływa na ciężkość przebiegu. Choćby i z tego powodu należy nosić maseczki, bo one ograniczają ilość materiału zakaźnego, jaki wdychamy.

Kiedy zostaliśmy sami, wstałem zrobić kawę. Zazwyczaj to szef robi ją rano i wszystkim pijącym podaje. Pozostali dostają herbatę. Doktor Karol zawsze z cytrynką. To taki rytuał naszego ordynatora, zanim rzucimy się w wir pracy. Nie wiem, czy wie, jak bardzo to zespala zespół. Każdy, kto w danym dniu jest w dyżurce na odprawie, dostaje przygotowany przez szefa napój. Chce się pracować w takim miejscu, w którym ktoś codziennie robi coś dla ciebie, nie dlatego że musi, ale chce.

W ciągu ostatniego roku tylko raz byłem wezwany do szefa na rozmowę w cztery oczy, na tzw. dywanik. Spokojnie i rzeczowo, bez zbędnych świadków czy próby publicznego upokorzenia drugiej osoby wyjaśniliśmy sobie sytuację. Rozmowa przeprowadzona w ten sposób była lepsza niż publiczne opieprzanie przez profesora w towarzystwie asystentów, kolegów i pacjentów z bardziej błahych powodów, co się zdarzało w czasach studenckich.

Jeden z kierowników kliniki, który zawsze podkreślał, że pochodzi ze środowiska lwowskiego, urządził w trakcie zajęć z neurologii pokazówki. Wybierał sobie ofiarę i po niej jechał.

– Pani „kleżanko”, chyba musimy poruszyć sprawy higieny osobistej. – Któregoś razu wskazał na rudowłosą lekarkę z mojej grupy.

Koleżanka popatrzyła na niego tak samo zdumiona jak my. O co tu chodzi?

Tylko nie daj się sprowokować – myślę, znając temperament Moniki.

– Ale o co chodzi, panie profesorze? – zapytała dość spokojnie, choć znam ją i wiem, że już się gotuje w środku.

Patrzyło na nią około trzydziestu osób.

– Lekarz powinien świecić przykładem, również tym jak dbać o higienę. Takie paznokcie są niedopuszczalne! To nie dyskoteka! – odpowiedział profesor.

Koleżanka połknęła dumę i nie odzywała się więcej. Wchodzenie w dyskusję z kierownikiem kliniki, u którego później zdaje się ustne egzaminy, żeby poprawić sobie humor, nie było dobrym pomysłem. Tylko że szacunek to rzecz wzajemna, szanujemy jego wiedzę, ale to jak nas traktował, sprawia, że nie mamy do niego szacunku jako do człowieka. Nie było obchodu, żeby nie szukał i nie upokarzał któregoś ze studentów. „Mały Głód” taką miał ksywkę, mimo eleganckiego ubioru na wykładach najbardziej przypominał złośliwego stworka z reklamy Danio.

Wkurzało mnie to, bo powinien oceniać wiedzę, a nie wygląd. Żeby jeszcze te paznokcie były jakieś nieodpowiednie do pracy. Tymczasem to były krótkie żelowe pazurki w kształcie migdałów, w kolorze stonowanego różu. Czwarty paznokieć był w tym samym stylu, tylko że biały z niewielką ilością błyszczących dodatków. Monika strasznie cieszyła się nimi. Był koniec tygodnia, a w sobotę szła na wesele, teraz po wszystkim czuła zażenowanie i było jej po ludzku smutno.

Wracając do dyżuru. Dzisiaj zrobiłem pierwszą kawę i podałem zmęczonemu szefowi. Sącząc szybko ciepły trunek, przeglądamy wyniki pacjentów z „intensywnej”, zanim ruszymy na obchód.

– Szefie? – pytam, patrząc na moją maskę do nurkowania, nieodłączny element pracy od paru miesięcy. – A teraz mam dalej nosić ten kombinezon i maskę?

– No nie musisz. Możesz włożyć maseczkę chirurgiczną i flizelinę, wystarczy.

– Po tylu miesiącach pracy w tych „kondomach” mam wejść tam prawie nieubrany?

– Wiesz, najlepiej od razu tę psychiczną barierę pokonać. Poza tym tak pracuje się o wiele wygodniej. Ja też tak będę.

– A szef miał wymaz dodatni? – dziwię się.

– Nie, ale mam przeciwciała – odpowiada z uśmiechem. – Chodźmy już.

Faktycznie cienki zielony flizelinowy fartuszek, prawie przezroczysty, do tego flizelinowa czapeczka, rękawiczki i maseczka chirurgiczna. Jakże to odmienny komfort pracy, niż topienie się we własnym pocie, w brezeniaku czy białych kombinezonach. Teraz trzeba jedynie pokonać barierę psychiczną.

Przed pierwszą salą zatrzymuję się na chwilę. Jestem ozdowieńcem, ale nie wiem jeszcze, czy mam przeciwciała i ile. Doniesienia ze świata mówią, że mamy odporność od trzech do sześciu miesięcy.

Młodzi szamani wchodzący w głębię doświadczeń mistycznych, w trakcie wdychania odurzających oparów, stopniowo pokrywają swoje ciało magicznymi ochronnymi tatuażami. Mającymi chronić mistyka przed działaniem jadu węży. Im starszy jest szaman i więcej ma tatuaży, tym jest bardziej odporny, potrafi przeżyć ugryzienie trującego gada poprzez medytację i dzięki ochronnym malunkom. W tuszu zawarte są jakieś ilości jadu występujących w okolicy węży. Zatrucie nimi organizmu w dawkach nieletalnych sprawia, że produkuje on przeciwciała neutralizujące te śmiertelnie groźne białka i enzymy. Dzięki temu szaman w cudowny sposób potrafi przeżyć ugryzienie jadowitego węża, zadziwiając współplemieńców.

Liczę na to, że stały kontakt z cząsteczkami wirusa, uzyskany kosztem ochrony, jaką dawał kombinezon, zapewni mi większą i dłuższą odporność. Będzie dla mnie kolejnym po przechorowaniu węzowym tatuażem. W każdym razie od dziś komfort pracy ulegnie znacznej poprawie, nie będzie maski do nurkowania ani pełnego kombinezonu.

Biorę głęboki wdech i wchodzę na salę. Niby nic się nie zmieniło, ale czuję się inaczej. Odporny, pośród latającego w powietrzu areozolu, bez kombinezonu i szczelnej, parującej maski. Tak, jakbym uczynił krok w kierunku normalności, stanu przed pandemią. Cóż, mam nadzieję, że jestem odporny. Czas pokaże.

Sala intensywnego nadzoru wygląda praktycznie jak w OIT. W tej chwili mamy tam trzy osoby „pod rurą”. Maszyny oddychają za nie, bo same nie dawały rady. Na pozostałych trzech miejscach kolejno: pacjentka, która jest na HNFC, oraz dwóch chorych podpiętych pod respiratory, te jednak ustawione są w trybie nieinwazyjnym. Maski szczelnie przylegają im do twarzy i tworzą odleżyny na kości nosowej. Chorzy wiedzą, co się dzieje, niektórzy byli świadkami intubacji innych pacjentów, a także reanimacji i zgonów. W najostrzejszym okresie choroby nie chcą jeść, a maskę sporadycznie rozszczelniamy, aby mogli zwilżyć usta. Każdy z tych pacjentów ściska na palcu pulsoksymetr, niczym swoisty talizman pokazujący im stan walki z wirusem. Cyferki na monitorach wskazujące saturację zmieniają się nawet w zależności od pozycji ciała czy próby mówienia, wszyscy walczą o to, żeby były jak największe, żeby tylko nie pójść „na rurę”.

#poniedziałek 16 listopada

Zaczynam serię dyżurów, w końcu odpocząłem w trakcie choroby. Moje życie w czasie pandemii podporządkowane jest pracy. Między dyżurami mam mniej niż dobę, zazwyczaj koło 22 godzin dla siebie, rodziny, na sen, no i pisanie dziennika. Rezygnuję oczywiście ze znacznej części snu na rzecz pisania. Piszę zazwyczaj między dwudziestą trzecią a drugą w nocy.

Dzisiaj jednak nie dane mi było pospać. Nawet odpuściłem sobie pisanie, żeby się trochę zregenerować, bo wciąż czuję się słabo po chorobie, a dyżur goni dyżur. Tymczasem młodsza córka nie spała do drugiej w nocy, starsza zaś sumiennie poszła spać, nawet za wcześnie, bo była wymęczona zabawą w chowanego-ganianego już o osiemnastej. No tylko, że wstała o czwartej trzydzieści rano.

- Tato, wstawaj, jest dzień!
- Zuza, idź spać... – mamrocze, nie otwierając oczu.
- Nie tato, pobawmy się...
- Idź do mamy. – Szturcham delikatnie żonę i szepczę zaspanym głosem do ucha. – O tej porze to jest twoja córka, ja mam jutro dyżur.

#wtorek 17 listopada

Właśnie ogłoszono, że Fundusz Wsparcia Kultury wypłaci 400 mln złotych zapomogi artystom. I nie żałuję teatrom, filharmoniom czy ośrodkom kulturalnym. Kontrowersje budzą przyznane kwoty zespołom sympatyzującym z jedyną słuszną partią. Tu 1,9 miliona, tu 500 czy 400 tysięcy. Pięćset tysięcy dla wykonawcy, który występuje solo. Naprawdę? Dziwne to, zwłaszcza że poprzednia pomoc dla przedsiębiorców to był żart. Ano tak rząd kupił sobie na początku listopada 308 nowych samochodów, w tym 14 nowiusieńkich limuzyn, z których każda kosztowała 187 tysięcy złotych. Do tej pory nie opublikowano w dzienniku ustaw podpisanej przez Prezydenta RP ustawy o dobrym Samarytaninie, bo niby posłowie PIS-u się pomylili głosując i zbyt wielu medyków dostałoby dodatki. To zrujnuje budżet! Natomiast rozdawnictwo i kupowanie głosów wyborców za ich własne pieniądze, które uprawiają od dawna, budżetu nie rujnuje?

No to robią szopkę i wstrzymują ustawę już dwa tygodnie. A kiedy opozycja prosiła o jeden dzień na zapoznanie się dokładnie z przepisami i treścią ustawy, to z sejmowej mównicy leciały gromy, że jak to tak blokować tak ważną dla społeczeństwa ustawę.

Więc na razie ani tych obiecanych dodatków, ani ochrony przed odpowiedzialnością karną nie ma. Aaa jeszcze... właśnie wydano z Funduszu na walkę z COVID-19 prawie 6 mln złotych na postawienie masztów z flagami w 1200 gminach. Jak pan mówił, panie premierze, jedenaście dni temu?

„Cały budżet i wysiłek państwa jest skierowany na wsparcie ich walki z koronawirusem”.

Nooo tak... Jednym słowem, ktoś nam pluje w twarz i mówi, że deszcz pada.

#

Młody biznesmen nieco po pięćdziesiątce, trochę otyły, ale bez istotnych chorób towarzyszących. Miał pecha – 90% zajętych przez COVID płuc. Wyciągnął zły los na loterii genowej. Od czasu intubacji w poniedziałek przez szefa jest na respiratorze, a teraz zaczyna się mu wyraźnie pogarszać. No może niewyraźnie, laik różnicy by nie dostrzegł, ale ma szybszą akcję serca niż rano, a w kapnometrii⁴² z wydychanego powietrza w ciągu kilku godzin narastał mimo naszych starań dwutlenek węgla. Saturacja i ciśnienie przy tym wszystkim były dobre, ale zwiększona ilość dwutlenku będzie powoli zatruwać jego tkanki i prowadzi do kwasicy oddechowej. W gazometrii tętnicznej wyniki są praktycznie identyczne jak w kapnometrii z tym, że widzimy już zdekompensowaną kwasicę oddechową. Zwiększamy mu parametry wentylacji, ma oddychać częściej, przez co eliminować więcej dwutlenku węgla, poza tym wszystko ma już tak ustawione, że nie możemy nic zmienić.

– Połóżmy go na brzuchu – rzuca Grzesiek, nasz nowy kolega.

Grzesiek jest pielęgniarzem z oddziału anestezjologii i intensywnej terapii w Lecznicy, zgłosił się do nas do pracy, wiedząc, że na internie mamy sale respiratorowe i dzieli się swoim doświadczeniem z pielęgniarzkami. Pokazuje różne triki dotyczące codziennej obsługi pacjentów OIT-owych, których przecież nikt z nas nie zna. To nieoceniona pomoc. A przede wszystkim pierwszy widzi, że coś się złego dzieje z pacjentem na respiratorze. Bo przecież nieprzytomny pacjent „pod rurą” nie poprosi o pomoc.

– No dobra, ale jak? Jak go obrócić na plecy z tym całym podpiętym sprzętem? – pytam z zaciekawieniem.

– Spokojnie, zrobimy tortillę, sprzęt nie przeszkadza, mamy zazwyczaj jeszcze więcej pomp, a czasem i nerkę podpiętą do dializ.

– No dobra, mistrzu, naucz nas – odpowiadam z entuzjazmem.

– Mamy jakieś wałki, trójkątne poduchy? – pyta Grzesiek. – Potrzebne też będzie drugie mocne prześcieradło.

– No nie, ale możemy zrolować koce, to będą jak wałki, jest też taka jedna okrągła piankowa poduszka.

– Dobra, może być, niech pani to przyniesie, a ja poszukam filmiku.

Pięć minut później oglądaliśmy na YouTube niemiecki filmik instruktażowy, jak pacjentów w OIT przekładać do prone position⁴³.

– No, przynajmniej robią to bez kombinezonów – stwierdzam.

– A bo to stary filmik, jeszcze sprzed COVID-a – dorzuca Grzesiek.

– Damy radę? Oni to robią w siedem osób, a nas jest piątka.

– Damy, damy, nawet i w czwórkę, w Polsce nigdy nie ma wystarczająco dużo personelu.

Obejrzeliliśmy filmik jeszcze raz i z instruktażem Grześka przełożyliśmy pacjenta na brzuch, będzie tak teraz leżał kilka godzin, zanim znowu odwrócimy go na plecy.

W sumie to bardziej wyglądało, jak robienie z pacjenta takiego pieroga niż tortilli. Zwijało się prześcieradło leżące pod i nad nim tak, żeby powstał gruby do złapania wałek. Następnie z jednej strony się za ten wałek ciągnęło do siebie i do góry, a z drugiej pchało od siebie i w dół. Zrobiliśmy to w pięć osób, cztery ciągnęły lub pchały pacjenta, a koleżanka zabezpieczała głowę i pilnowała, aby rury od maszyny nie rozłączyły się i nie zostały wysunięte przy obrocie. Następnie przy pomocy zrolowanych kocy, poduch i innych prowizorycznych podkładanych pod pacjenta rzeczy uzyskaliśmy wymaganą pozycję. Teraz wystarczy tylko łóżko przechylić pod kątem trzydziestu stopni i gotowe.

– Nie było tak trudno, co? – pyta Grzesiek.

– No nie, dzięki tobie poszło dobrze.

– Zrobicie jeszcze raz czy dwa i wejdzie w nawyk. My w trzy minuty przekładamy pacjenta.



Chory pod respiratorem w „prone position”.
Fot. kolekcja własna

O pomoc poprosiliśmy anestezjologa. My zrobiliśmy, ile mogliśmy, ale nie jesteśmy specjalistami od respiratoroterapii. Pani doktor anestezjolog była nieco zdziwiona, że na internie przełożyliśmy pacjenta na brzuch, ale pochwaliła za to. Zmieniła nieco tryb wentylacji i dokonała jakichś drobnych korekt, które wraz ze zmianą ułożenia pacjenta obniżyły poziom dwutlenku węgla w gazometrii z 77 do 49 mmHg. Siła doświadczenia. Jak sobie pomyślę, że ktoś chciał szkolić stażystów w obsłudze respiratorów i rzucać ich do walki, to robi mi się słabo.

Dwa lekkie przypadki przyjąłem na pediatrię. Miejsca, które zwolniły się wieczorem, kiedy wreszcie był transport dla ozdrowiałych pacjentów, błyskawicznie się zapełniły.

Gdy wróciłem z pediatrii było dobrze po pierwszej w nocy. Doktor Szewc miał dla nas kobietę już podłączoną do NIV-a, ale mówił, że jej stan jest stabilny. Pacjentka mimo tlenoterapii i stosowania wentylacji nieinwazyjnej nie trafiła do nas stabilna. Saturacja jej gwałtownie spadała poniżej 70%, ciśnienie też, ogólnie wszystko szło źle. Po prawie czterech godzinach walki moja dyżurowa partnerka względnie ją ustabilizowała, we współpracy z anestezyjologiem. Kobieta oddychała już tylko dzięki pomocy respiratora. Wieczorem następnego dnia chora zmarła, jej serce zatrzymało się, a reanimacja nie przyniosła skutku.

#piątek 20 listopada

– Nie mamy miejsc, doktorze, będą może za parę godzin, kiedy transport przyjedzie – odpowiadam na telefon doktora Szewca z SOR-u. – Zrobimy, ale musimy mieć czas. Będą dwa kobiece.

– No to dobrze, właśnie mam dwie kobiety do przyjęcia, jedna chyba zaraz pójdzie na NIV.

– Co to za pacjentka?

– COVID potwierdzony, ale do tego rozsiany nowotwór z przerzutami do płuc. Miała 70% saturacji. Do tego wysokie parametry zapalne i gorączkuje, sam zobacz.

Sprawdzam w systemie: ponad stukrotne przekroczenie norm parametrów zapalnych – 50 ng/ml prokalcytoniny⁴⁴ i prawie 500 mg/dl CRP, aż gwizdnąłem pod nosem. Lecę dalej z badaniami, uszkodzone nerki, uszkodzona wątroba morfologia 0,28 neutrofilii.

– Kiedy miała chemię?

– Dziesięć dni temu.

– Ma gorączkę neutropeniczną, co jej dałeś?

– Płyny i Biofuroksym.

– Mało, trzeba jej dać Zarzio, Heviran, Flukonazol i dwa antybiotyki, dołożymy Cipronex.

– Antybiotyki mam, ale reszty nie... Skąd ja ci czynnik wzrostu granulocytów wezmę?

– Przyniosę – przy okazji zapoznam się z pacjentami przed przyjęciem.

Stoję ubrany w zieloną filzelinkę i maseczkę chirurgiczną obok doktora Szewca pocącego się w biało-niebieskim kondomie.

– Trzeba było przechorować, to byś teraz się tak nie grzał w tej gumie – żartuję.

– No, no, też bym chciał mieć za sobą, ale to nie wiadomo, jak przejdiesz... – odpowiada z za zaparowanych gogli.

– Okłamałeś mnie z tamtą pacjentką, wiesz o tym?

– Tomek, przepraszam, nie wiedziałem, że się tak zrypie, naprawdę miała 90% saturacji, jak do was wyjeżdżała. Mam nawet gazometrię na dowód.

– Dobra, dobra, dowody można fabrykować – żartuję, choć wiem, że stan pacjentki COVID-owej potrafi się załamać w każdej chwili, zwłaszcza takiej co ma zajęte praktycznie całe płuca.

– Ale Agę przeprosiłem – mówi „sorowiec”.

– No dobra i tak cię lubię.

Całkiem ładne na SOR-ze mają te izolátky, na drzwiach wiszą kartki z napisem „Apartament nr ...” i tak od 1 do 6. Choć z apartamentem to niewiele mają wspólnego, to są schludne, czyste i dobrze wyposażone. Nie jest to prowizorka. Śluzę, szklane drzwi, sprzęt – to wszystko zabezpieczono dla SOR, już późną wiosną. A teraz są praktycznie cały czas zajęte.

Po wejściu do pomieszczenia widzę staruszkę, na oko osiemdziesiąt lat, wyniszczona. Mogę policzyć każde żebro pokryte pożółkłą skórą. Jej brzuch jest wklęsły, co jeszcze bardziej pogłębia obraz człowieka „zjedzonego” przez chorobę nowotworową. Nogi niczym dwa chude patyczki, połączone grubszą kulką w postaci kolana. Twarz z zapadniętymi policzkami, uwydatniająca kości jarzmowe i kościsty nos. Nie wiem, czy dałbym jej 40 kilogramów wagi, myślę, że nie. Maskę z rezerwuarem zsunęła jej się z twarzy, a monitor pokazujący dane z pulsaka założonego na woskowożołąty, kościsty palec pokazuje ledwie 57% saturacji. Oddycha szybko – 40–50 razy na minutę, nie ma w ogóle tkanki tłuszczowej, więc widzę, jak żebra schodzą się i rozchodzą, pomagając wątłym mięśniom międzyżebrowym w wentylacji. Aż trudno uwierzyć, że tak naprawdę nie ma nawet sześćdziesięciu lat. To choroba nowotworowa w ostatnim stadium zabrała jej wygląd, siły, a wkrótce zabierze na spólkę z koronawirusem życie.

Podchodzę szybko do pacjentki i nakładam jej maskę na twarz. Liczba oddechów nie zmniejsza się, ale niebieski wskaźnik wysycenia tlenem krwi

powoli podnosi się, aby osiągnąć niezadowalający poziom 74%. W tomografii z powodu COVID-a ma zajęte nieco ponad 30% płuc, to relatywnie mało, ale wycieńczenie organizmu i przerzuty robią swoje. Przy jej wysiłku oddechowym zatrzyma się w ciągu godziny, może dwóch. Nie utrzyma 40 oddechów na minutę swoim wątłym ciałem.

– Założę jej CPAP – mówi doktor Szewc.

– No, ale tylko to, nie intensyfikujemy więcej – dorzucam.

Wentylacja nieinwazyjna to maksymalne, co możemy dla niej zrobić, odciążymy ciało, zmniejszając wysiłek oddechowy. Patrząc na monitor poza niską saturacją, którą udaje nam się podciągnąć na NIV-ie do 96%, pacjentka jest bardzo szybka – 150 uderzeń serca na minutę. Podajemy leki, według mnie jest we wstrząsie septycznym, w przebiegu gorączki neutropenicznej i to bardziej napędza niewydolność oddechową, choć COVID też ma swój do tego przyczynek.

Nie widzę dla niej szans, ale spróbować musimy, z 30% zajętych płuc pacjenci dają radę. O ile uda nam się wystymulować jej neutrofile, aby zajęły się uogólnionym zakażeniem bakteryjnym, płyny, antybiotyki, leki przeciwgrzybicze i przeciwwirusowe mogą tylko pomóc, ale liczy się odpowiedź organizmu. Jest obstawiona z każdej strony, choć zdajemy sobie sprawę z tego, że dla niej jest prawdopodobnie za późno.

– Miejsce będę za trzy, cztery godziny. Wezmę ją, jeśli dożyje.

– Okej, będę czekać na telefon.

Poszedłem zbadać drugą pacjentkę i tu standard: otyła, nadciśnienie, desaturuje do 80% bez tlenu. Jednym słowem, do przyjęcia. Ale mimo że czeka na SOR-ze od wczoraj nie mam jeszcze miejsca, będzie dopiero za parę godzin.

Gdy tylko zwolnione łóżka na oddziale wymyto gryzącymi w oczy i nos środkami dezynfekcyjnymi, a pani Wandzia zmieniła pościel, zadzwoniłem do doktora Szewca.

– Przyślij tę „lepszą”, Ania ją przyjmie, a do tej na NIV-ie to przyjdę. Przełożymy ją na mój NIV, został mi ostatni najstarszy, ale powinien dać radę.

Pacjentka była w trybie wentylacji nieinwazyjnej podłączona pod nowoczesny, ale stacjonarny respirator. Mój stary NIV przy pewnym wysiłku i kombinowaniu z butlą i wężykiem nadawał się do transportu. Nie lubię go, bo źródło tlenu podpina się pod filtr przed maskę i przy za dużym oporze potrafi wysunąć się wężyk z reduktora. Nic nie poradzę, dzisiaj

zostało tylko to. Poza tym mam wrażenie, że ta kobieta jest o krok od śmierci, jeśli oczywiście nie poprawiło jej się po podaniu leków i płynów. Wolałem ją zobaczyć przed przyjęciem, żeby sprawdzić, czy da radę na naszym starym sprzęcie, czy uda się ją przetransportować. Nie dało się, kiedy przyszedłem ponownie na SOR, stan pacjentki był jeszcze gorszy, umierała, a my nie mogliśmy już nic na to poradzić.

– Wiesz co... – zaczynam, ale doktor Szewc mi przerywa.

– Wiem, dajmy jej spokojnie tutaj umrzeć. Nie wiem, czy nawet przeżyje transport – wypowiada swoimi słowami moje myśli. Nie wciskał mi na siłę agonalnego pacjenta. – Dostanie morfinę, tak żeby nie czuła bólu, duszności i się nie bała. Szkoda tylko, że nie ma nikogo z jej bliskich.

#niedziela 22 listopada

Dzisiaj moja najmłodsza córka ma pierwsze urodziny, obie dziewczynki też kończą kwarantannę. Żona przygotowała torcik, napoje i ciasteczka. Ze świateł przy suficie w salonie naszego dwupokojowego mieszkania zwisa girlanda z kolorową jedyneką mówiąca o tym, że dokładnie rok temu pojawiła się Ania. Niestety nie będę uczestniczyć w tym ważnym dla mojej rodziny święcie, mam dyżur. Pocieszam się tym, że najmłodsza nie będzie tego pamiętać, choć na zdjęciach nie będzie taty. A starsza nie uzna, że faworyzuję jej siostrę, w końcu na jej urodzinach też nie byłem.

Ania ma imię po swojej prababci, która nie doczekała prawnuczek. Rak żołądka spustoszył jej organizm dwa lata przed przyjściem na świat Zuzi. Marzyła, by być na naszym ślubie, ale zabrakło jej kilku miesięcy. Była polonistką i pedagogiem z wieloletnim doświadczeniem. Zawsze wierzyła, że zostanie lekarzem, choć i tego nie doczekała. Myślę, że sprawiłbym jej wielką niespodziankę i radość, gdyby się dowiedziała, że wydałem książkę. Przez lata w jej odwiecznym konflikcie: Mickiewicz czy Słowacki, który większym poetą był, prym wiódł Słowacki. Na łożu śmierci, które było rozciągnięte w okresie wielu tygodni stopniowego umierania w domowym zaciszu, kiedy sama już nie widziała liter i nie miała siły skupiać wzroku, prosiła o czytanie „Pana Tadeusza” Adama Mickiewicza. To był nasz rytuał, mój i mojego taty, kiedy oderwani od swoich obowiązków mogliśmy trzymać ją za rękę i czytać ten epicki poemat. Całe życie była bardziej za Słowackim, a ostatnie zdanie należało do Mickiewicza. Dwa dni po skończeniu czytania przez nas epopei odeszła. Spokojnie w swoim

mieszkań, wśród swoich rzeczy, pośród osób, które ją kochały, słysząc zapewnienia o miłości i o tym, że kiedyś znowu się spotkamy.

W Polsce model domów wielopokoleniowych zanika, a z nim świadomość i obecność śmierci. Ludzie są bezradni wobec niej, oddają umierających terminalnie chorych do hospicjów i szpitali. Śmierć w domu w otoczeniu kochającej rodziny jest zamieniana na bezdusznie sterylną salę, a w dobie COVID-a na całkowitą izolację i samotność. Lekarz czy pielęgniarka w kombinezonach są dla takiego pacjenta obcy i niedostępni.

Obie moje babcie umierały na rozsiany proces nowotworowy w domu, nie wzywaliśmy karetki, nie prosiliśmy o przyjęcie do szpitala. Tak miało być, choć z drugiej strony było nam łatwiej. Ja już w trakcie studiów oswojony z opieką nad chorym i śmiercią mogłem prowadzić taką terapię w domu. Tak, aby najbliższe mi osoby odeszły w sposób godny i bezbolesny, w otoczeniu rodziny. Los tak chciał, że najgorszy okres końcowej fazy umierania u jednej babci przebiegał w przerwie międzysemestralnej, a u drugiej wakacyjnej, przez co byłem przy nich w ostatnich chwilach i mogłem pomagać rodzicom w pielęgnacji. Miały szczęście, że nie dożyły czasów COVID-a, przy niewydolności oddechowej nie byłbym w stanie utrzymać terapii w domu.

#

– Przenieśliśmy pana Ryszarda na intensywną salę, desaturuje na NIV-ie do 80%, jak się rusza i może się posypać. W ciężkim stanie jest też pani Beata z „osiemnastki”, na nieinwazyjnej ledwie daje radę, choć na brzuchu dobija do 90%. A pan Przemysław z naszej „erki” to też masakra, w nocy ściągnął worek z rezerwuarem i zdesaturował. Zaczął majaczyć z niedotlenienia, był pobudzony i agresywny. Podłączyliśmy mu high-flowa, ale trzyma nieco powyżej 80% na tym mimo leków uspokajających – raportuje doktor Klaudia.

– Jezu, aż tak się posypał? U mnie wczoraj był całkiem zebrany, trzymał te 95% na worku. Nawet z rodziną pogadał, żeby mu soki przyniosła.

– Z tą rodziną to też niezły numer. Zanim się posypał oddechowo, to przenieśliśmy go tu, bo jest lepsza obserwacja. Dzwonił do rodziny, mówiąc, że wyskoczy przez okno i ma dość.

– No to nie jest śmieszne, parę dni temu zarażony sześćdziesięciolatek wyskoczył z okna w szpitalu w Poznaniu i zginął. Fakt, że tam było szóste

piętro, a my mamy wysoki parter, ale dwa metry niżej jest beton.

– No to co rodzina daje pacjentowi z myślami samobójczymi do szpitala?
– pyta doktor Klaudia.

– No co?

– KORKOCIĄG! Ostry korkociąg do otwierania soczków. Dobrze, że nie był w stanie rozpakować tej torby sam. Przecież my im w tym nie grzebiemy. Jeszcze tego brakowało, żeby coś sobie tym zrobił.

– Kurczę, przedwczoraj był całkiem logiczny, nawet mówiłem synowi, że się poprawił psychicznie. No i osocze dostał z wysokim mianem.

– No może się nie dotlenił i zaczął wariować, spokojny na pewno nie był. Nawet anestezjolog go widział, ale „na rurę” dla niego za szybko.

– NIV?

– Nie wiem, czy będzie współpracować?

– Cóż, zobaczymy.

W trakcie porannego obchodu na „erce” jest dość dobrze. W pierwszej z dwóch sal jest pacjent na NIV-ie, który od wielu dni utrzymuje niezmiennie saturację między 85–91, ale jego stan jest stabilny. Jego konkubina niewierząca w koronawirusa zamęcza nas telefonami. Druga pacjentka ma worek z rezerwuarem, kurek od regulatora jest odkręcony maksymalnie, ale nastąpił progres, bo dobę wytrzymała bez wentylacji nieinwazyjnej. Tylko pacjent pod respiratorem nie chce się wybudzić. W zasadzie oddycha sam, ma 100% spontanicznie generowanych oddechów. Od dwóch dni nie ma żadnego leku usypiającego, a parametry respiratora ustawione na minimum zapewniają mu 100% saturacji. Nigdy nie wybudzałem chorego z respiratora, nasz pielęgniarz Grzesiek mówi, że zdarza się, że potrzebują dużo czasu, żeby się zebrać, a czasem nie da się wcale. Zostają wtedy na granicy życia i śmierci, oddychając samodzielnie, ale bez świadomości.

Przechodząc do drugiej sali przez pokój obserwacyjny, zauważam na parapecie korkociąg podpisany imieniem i nazwiskiem pacjenta. Uśmiecham się mimowolnie, zapewne chodziło rodzinie o tę część do odkapslowywania butelek. Pozwoliłem na poprzednim dyżurze, żeby dostarczyli mu jego ulubiony sok z pomarańczy sycylijskiej w szklanych zakapslowanych butelkach. Mimo cukrzycy wolę, żeby chory miał dobry komfort, z cukrami przecież sobie poradzimy, a jak z nim będzie dalej, nie wiadomo. Na piwo bezalkoholowe nie wyraziłem zgody.

Pacjent leży na brzuchu, mimo high-flow ma 80–85% saturacji, w tomografii ma zajęte ponad 80% płuc. Kiedyś gdzieś wyczytałem chyba w Bochenku, że gdyby rozłożyć pęcherzyki płucne na ziemi, to pokrywałyby powierzchnię kortu tenisowego, a to nieco ponad 260 metrów kwadratowych. No to, tu mamy raptem powierzchnię kawalerki do oddychania.

– Panie Przemysławie, słyszy mnie pan? – pytam, poprawiając urządzenie i pomagając się pacjentowi. Jego saturacja niebezpiecznie zaczęła spadać do 80%.

– Musimy panu założyć taką specjalną maskę na twarz, będzie ściśle przylegać i pomagać oddychać. Taką maskę ma kolega obok, pokazałem na pana Ryszarda, który leżał sobie na brzuszku i oglądał wiadomości na tablecie. U niego saturacja była na granicy 85%. – Zgadza się pan?

– Tak, nie mam wyjścia.

– Nie może pan tej maski ściągać, jeśli trzeba będzie się napić czy zjeść parę kęsów, to pan nam pokazuje i to my na chwilę rozszczelniamy maskę.

– Dobrze. Na długo ta maska?

– Kilka dni.

– Tak długo? A potem? – pyta z wysiłkiem.

– Jeśli dobrze pójdzie i się panu poprawi, to będziemy redukować tlen i przejdziemy na te duże wąsy, które teraz tak dmuchają albo maskę z rezerwuarem.

– A jak nie?

– To nasz ostatni krok przed respiratorem. Nie wolno ściągać maski.

– Dobrze, zakładajmy. Mam dla kogo żyć.

Pacjent mimo niedotlenienia i poprzednich też autodestrukcyjnych zupełnie zmienił nastawienie. Chce żyć i się nie poddaje. Cierpliwie znosi przełączanie na nową maszynę i choć niektórzy z naszych chorych „kłóć się” z maską i ją zrywają, to ten przejawia niesamowitą determinację i współpracę. W ciągu dnia i nocy parokrotnie, delikatnie, bez rozszczelniania maski podaliśmy mu pić rurką odciętą od drenu do odsysania. Jest na tyle długa i elastyczna, że można precyzyjnie ją pod maską.

Do rana zredukuję mu stężenie tlenu w mieszaninie, którą oddycha ze 100 na 80%. Mam nadzieję, że będzie dalej utrzymywał prawidłową saturację. Czy da radę? Liczę, że tak, ale to pokaże czas, jest młody. Z obciążeń ma tylko cukrzycę i nadciśnienie. Ma też dwójkę zamartwiających się na

śmierć dzieci. Syna, którego poszukiwania osocza przyniosły bardzo szybki skutek, oraz córkę, która choć nie może odwiedzić ojca, przylatuje z Włoch, żeby być bliżej niego. Ma też kochającą żonę, która strasznie za nim tęskni. Pan Przemysław ma dla kogo żyć, oby ta nowo powstała wola walki dała mu siłę do pokonania choroby. Opieka nad pacjentem to też trudne rozmowy, które przeprowadzam z jego dziećmi każdego dnia. Wiem, że szukają promyka nadziei, skrawka dobrej informacji, który nie zawsze mogę im dać.

Kolejny na sali pan Ryszard utrzymuje niskie parametry, ale leży na brzuchu. Ogląda wiadomości i filmiki na tablecie. Sama obniżona saturacja wzbudza niepokój, ale to co najbardziej jest alarmujące, to to, że przy jakiegokolwiek zmianie pozycji leci gwałtownie w dół o parę procent. Na tej sali nikt nie zdejmuje z palca pulsoksymetru nawet na chwilę, zarówno my, jak i pacjenci wiemy, że wyświetlające się na niebiesko cyferki oznaczają życie.

Ostatni jest kolejny pacjent pod respiratorem. Trzyma dobrą saturację, a jedyne co nas informuje o tym, że się mu poprawia, to stopniowa redukcja leków stymulujących pracę serca oraz zmniejszenie nastawień respiratora.

W trakcie dalszego obchodu po salach widzę, że faktycznie pani Beata wygląda źle, damy jej jeszcze czas na NIV-ie, ale jak się nie zbierze, to czeka ją sedacja i przełączenie na wentylację mechaniczną. Leży na sali pięcioosobowej. Łóżka ze względu na wybudowaną śluzę są bardzo blisko siebie, żeby wysunąć jedno, trzeba najpierw przesunąć inne na środek sali. Nie ma dla niej miejsca na intensywnej, w tym momencie, choć pacjent pod NIV-em powinien tam być.

Dobłą wiadomością jest to, że z pozostałych jej czterech koleżanek trzy są już naprawdę w dobrym stanie. Ba dwie może by spełniały kryteria przyjęcia do Szpitala Narodowego. A jedną jutro wypiszę do domu. Mierzę saturację w spoczynku na tlenie, bez tlenu i po spacerze po sali.

– Jest dobrze, pani Moniko, jutro do domu!

– Doktorze, tak się cieszę! Z chęcią bym pana uściskała!

– Proszę, mówię i przytulam pacjentkę. – Pani Monika przeszła COVID i wychodzi do domu, cieszę się razem z nią, to sukces, który wlewa radość w moje serce. Podnosi też morale innych pacjentów.

– A ja, doktorze, byłam pierwszy raz dzisiaj w łazience – mówi pani Wanda. Jeszcze parę dni temu wymagała 60 l/min i high-flow, obecnie ma wąsy tlenowe w niewielkim przepływie.

– Pani Wando, 91% bez tlenu, proszę nie szarżować tak. – Uśmiecham się, puszczając oczko do pacjentki.

– A ja zrobiłam dziś trzy kroki z pomocą pani spod okna – odzywa się najstarsza z naszych pacjentek.

Pani Stefania miała dużo szczęścia, bo COVID przechodziła ciężko. Leży już u nas trzeci tydzień. Wypisanie koleżanki z sali dało nadzieję i każdy chciał się pochwalić swoimi drobnymi sukcesami. Tylko pani Beata leżała skulona na boczku, starając się jak najbardziej współpracować z maszyną do wentylacji nieinwazyjnej.

#

Nie tylko COVID jest problemem, czasem problemy pacjentów zaczynają się od niewielkiego urazu, odgniotka w bucie czy uderzenia stopą o szafkę nocną. Zwłaszcza przy zaawansowanej cukrzycy. Niewielki uraz czy wrośnięty paznokieć miesiąc temu teraz spowodował gnijącą ranę drążącą aż do kości u mojego pacjenta.

Cofnijmy się zatem o dwa dni.

– O widzisz? To jest kawałek zgniłego paliczka, gmerając peanem w sączącej ropę ranie i pokazując mi coś, co wyglądało jak obrzydliwy szarawy żelek – mówi koleżanka, młoda specjalistka chirurgii ogólnej, doktor Wilczek.

– Czasami cieszę się, że zapach po COVID-zie nie wrócił mi jeszcze do normy – odpowiadam, odsuwając się o krok.

– Trzeba ciachnąć paluch szybko, bo pójdzie na stopę. Zrób zdjęcie RTG wcześniej, zobaczymy, jak daleko sięga destrukcja kości.

– Panie Romanie, zgadza się pan na amputację palucha?

– Nie. Niech się dzieje wola nieba – odpowiada chory.

– Jak tego nie zrobimy, to pójdzie sepsa, noga zacznie gnić i będzie trzeba uciąć więcej albo pan umrze – przestrzega lekarka.

– Muszę się zastanowić i porozmawiać z żoną.

Ech uparty jak osioł – myślę sobie. Ludzie przed podjęciem takiej decyzji mają różne postawy. Jedni błyskawicznie się zgadzają, inni nie zgadzają się do końca. Ale najgorsi są ci, co są uparci i przeciągają sprawę tak długo, zanim się zgodzą, że nie kończy się na palcu, a na udzie.

– Jeśli się zgodzi, to, jak to zrobimy? Wy jesteście czyści, a COVID-owa chirurgia jest ponad sto kilometrów stąd – pytam doktor Wilczek.

– A tam, to tylko palec, przecież pracowaliśmy w COVID-zie, a jak na ostro operujemy, to często nie ma wyniku. Zamgłowi się sałę, byle się zgodził, to podziałamy.

Wieczorem pacjent się zgodził. Problem w tym, że kiedy pacjent chce, to chirurg nie może. Czasem też nie chce. Pod numerem dyżurnego na chirurgii nie rozbrzmiewa melodyjny głos doktor Wilczek, a twarde i szorstki głos wydobywający się spod sumiastych wąsów doktora Filota. Po samym dzień dobry już wiem, że nic z tego nie będzie. Przez ostatnie dwa lata nie udało mi się ani razu przekazać mu pacjenta, a teraz kiedy to sytuacja wyjątkowa, to mogę sobie pomarzyć. Ale brnę w to.

– Doktorze, tu Tomasz Rezydent, dyżurny interny. Doktor Wilczek oglądała jednego pacjenta przed południem i zakwalifikowała do amputacji palucha. Jest septyczny, narastają mu parametry zapalne.

– Ja z tym nic nie zrobię. To nie jest zagrożenie życia. To planowo na poniedziałek trzeba, dziś i jutro na pewno nie – odpowiada zgodnie z przewidywaniami doktor Filot.

– A kto ma jutro dyżur u was?

– Ja.

– Aha. A w niedzielę? Nie chciałbym, żeby trzeba było więcej obciąć tej nogi. Antybiotykami jest obstawiony z górnej półki, leci Meronem i Wanko.

– W niedzielę doktor Wilczek.

W niedzielę rano otrzymuję telefon – dzwoni bakteriologia, potwierdzając sepsę u pacjenta.

– Cześć, mam zgodę na amputację, a laboratorium zgłosiło, że krew u niego rośnie. Zgodził się już w piątek, ale doktor Filot odmówił.

– Dlaczego mnie to nie dziwi. Dobra, pogadam z anestezyjologiem, upewnij się, czy nie zmienił zdania. Nie mogę przyjąć COVID-a na chirurgię, zresztą na izolatce mam już jednego dodatkowego. Musimy go wysłać z interny na blok operacyjny i po operacji wraca do was.

– To tak się da?

– Nie wiem, zobaczymy, czy system puści.

– Panie Romanie – upewniam się ostatni raz. – Zgadza się pan na amputację palucha oraz jeśli będzie potrzeba, rozszerzenie zabiegu na amputację części stopy.

– Broń Boże...

– Ale co broń Boże? Zgadza się pan? Ma pan sepsę, a ten palec gnije, musimy go obciąć teraz, bo potem, jak pójdzie na nogę, to albo pan umrze,

albo trzeba będzie nogę odejmować.

– Tak, zgadzam się. Broń Boże, żeby nie trzeba było więcej.

Doktor Wilczek odjęła sprawnie palec i pacjent z bloku wrócił do nas. Na szczęście nie musiała odejmować więcej, choć kto wie, co by było za parę dni.

#

Nie mamy miejsc, więc przyjąć nie będzie, co nie znaczy, że będzie spokojnie. Zanim obeszliliśmy dwa podległe oddziały, przejrzeliliśmy badania laboratoryjne. Zanim to skończyliśmy, było już późne popołudnie. W trakcie załatwiania przekazania pacjenta z interny na operację i z powrotem, co okazało się możliwe w naszym szpitalnym totalnie nieintuicyjnym systemie, „zepsuł się” pan Ryszard. Jego stan pogarszał się stopniowo, ale punktem kulminacyjnym była zwykła kanapka. Nie zakrztusił się nią, nic złego się nie stało. Po prostu usiadł i na chwilę ściągnął maskę, aby zjeść parę kęsów, robił tak codziennie. Trzeba przecież coś zjeść, choć odrobinę. Czasami jest to ta kropla, która przeleje czarę. Pan Ryszard, mając założoną maskę do wentylacji nieinwazyjnej i będąc podpięty do respiratora w tym trybie, utrzymywał stałe dodatnie ciśnienie końcowo-wydechowe w swoich płucach. Spróbuję to wyjaśnić obrazowo, pęcherzyki płucne po infekcji wirusem są uszkodzone, część z nich ulega zniszczeniu, a część staje się bardziej podatna na sklejanie. Kiedy oddychamy normalnie, pęcherzyki napełniają się powietrzem i przy wydechu się obkurczają. Zmienione zapalnie pęcherzyki przy wydechu, mimo że zawsze nieco powietrza w płucach zostaje, obkurczają się i skleją, a to zjawisko niekorzystne. Ponadto każde pełne napełnienie i opróżnienie pęcherzyków to duża praca dla uszkodzonych komórek. To trochę jak z balonem, który pompujemy do maksymalnej objętości i spuszczaamy prawie do zera, guma się rozciąga, parcieje i staje się bardziej podatna na uszkodzenie. Sama zaś wymiana gazowa między powietrzem a krwią pacjenta zachodzi przez ściany pęcherzyka. Zatem nasz balonik o wiele dłużej będzie zachowywać swoją funkcję, jeśli wykona tylko część pracy i nie obkurczy się do końca, a jedynie częściowo. Tak działa PEEP (dodatnie ciśnienie końcowo-wydechowe) jako jeden z parametrów, które ustawiamy. Zapobiega zapadnięciu się pęcherzyków i ogranicza ich „zmęczenie pracą”. Walczymy też z pogłębiającą się sztywnością klatki

w wyniku zmian pozapalnych, bo to, co zbliznowacieje i zwłóknieje, jest nieodwracalną utratą powierzchni wymiany gazowej.

Kątem oka, wchodząc na salę, spojrzałem na monitor, 53% saturacji, a pacjent dyszy jak parowóz, zjadając razowy chleb z szynką.

– Niech pan to odłoży, natychmiast zakładamy maskę – mówię, podchodząc szybkim krokiem do pacjenta. Przykładam maskę do jego twarzy i zaciskam mocujące sprzączki, sprawdzam przecieki, ale jest dobrze, nigdzie powietrze bokiem nie ucieka. – Spokojnie, proszę oddychać razem z maską – instruuję, widząc, że moja reakcja wystraszyła pacjenta.

Zapomniał się, jedząc kanapkę, i siedział tyłem do monitora, nie widział jak, niczym w grze komputerowej, cyferki oznaczające życie spadają. W niewydolności oddechowej przed erą COVID-a przy takich wartościach byłby nieprzytomny, tu jest świadomy i nawet tego mocno, poza dużą ilością oddechów, nie odczuwa. To podstępna, dziwna i straszna choroba.

– Panie doktorze, będzie dobrze, podskoczy. Uspokoję się i podskoczy – zapewnia, zerkając na monitor pokazujący 64% saturacji.

– No miejmy nadzieję. Ale muszę zapytać już teraz, czy w razie pogorszenia wyraża pan zgodę na intubację i podłączenie do respiratora? Nie będzie pan wtedy świadomy.

– Ale co już teraz? Zaraz się podniesie, naprawdę, tylko się uspokoję! – mówi, dysząc ciężko i generując ponad 40 oddechów na minutę.

– Dam panu czas, ale zbliżamy się do punktu, w którym to może być nieuniknione. Czy jeśli będzie taka konieczność, wyraża pan zgodę?

– A mam wybór?

– Zawsze jest wybór.

– Albo do piachu, albo może się uda. W razie czego zgadzam się, może się uda.

– Proszę położyć się na brzuchu, będę do pana zaglądał.

Po dłuższym czasie na ekranie w miejscu dziesiątek pojawia się niebieska „siódemka”, ale saturacja rosła coraz wolniej – 72%, przy czym liczba oddechów nie spadała. Chyba dla uspokojenia, leżąc na brzuchu, mężczyzna włączył sobie TVN24. Mnie osobiście oglądanie wiadomości nie wyciszyłoby w żaden sposób. Nie ma tam co prawda cukierkowej narracji, jaka charakteryzuje reżimówkę, ale też nie mają pojęcia, jak to wygląda i szukają taniej sensacji.

Ostatnio TVN w programie „Uwaga” opublikował paskudny materiał o jednym ze szpitali w Polsce. W materiale tym jeden z pacjentów

z przejściem nagrywał pacjenta wołającego pomocy czy w innej chwili leżącego na podłodze. Szokujące prawda? Tylko że jest to pokazane jednostronnie. Pracuję w szpitalu i czy znajdowałem moich pacjentów na podłodze? Tak! Bo potrafili wyjść z łóżka, mimo braku sił i osunąć się na ziemię. Wystarczy 30 sekund, żeby nagrać filmik z pacjentem, którego pielęgniarki za 5 minut znowu do łóżka położą. Czy pacjent może wołać pomocy? Owszem może, zwłaszcza z zaburzeniami organicznymi mózgu tzw. psychoorganik będzie krzyczał: „Pomocy, wypuście mnie” itp. Potrafią tak robić wiele godzin, a kiedy się do nich podchodzi, to są zdziwieni, że o cokolwiek pytamy, albo wcale na nas nie reagują. Zdarza się. Miałem pacjenta, który dokonał w ciągu kilku minut masywnego krwiopustu, bo odkręcił sobie wężyk od kroplówki i chodził zachlapując całą salę krwią. Byli też tacy, co smarowali ekskrementami wszystko, łącznie z twarzą czy ścianami. U koleżanki na psychiatrii z kolei, pacjent gołymi rękami wyrwał grzejnik ze ściany i próbował wyrzucić go przez okno. Takie rzeczy się zdarzają, to część naszej pracy, a wystarczy odpowiednia narracja. Trzydziestosekundowy filmik i już można uderzyć w kogoś, kto pracuje dla dobra chorego. Chciałbym, żeby ten korpulentny pan w okularach, który to nagrywał, jak tylko dojdzie do siebie po COVID-zie, wziął kilka dni wolontariatu w szpitalu. Żeby mył tak dokładnie pacjentów, jak robią to pielęgniarki, zmieniał pampersy, obracał chorych – przecież do tego żadnych wybitnych umiejętności nie trzeba. Tylko się zgłosić, ale lepiej jest narzekać, że ktoś za wolno podciera czyjś tyłek.

Na oddziale na 30–50 łóżek jest jeden lekarz i od trzy do pięciu pielęgniarek, a w dobie COVID-a przez chorobę i kwarantannę może być ich jeszcze mniej.

Co parę minut wchodzę na salę kontrolować parametry pana Ryszarda. Nie idzie, nie podnosi się, mimo szczelnej maski, leżenia na brzuchu i ustawień maszyny.

- Poproszę do pana anestezjologa na konsultację.
- Rura?
- Myślę, że tak.

Wracam po paru minutach i widzę, że patrzy na swoje zdjęcie, które musiał przed chwilą zrobić, jak leży na brzuchu w tej masce. Ustawił je na tablicy jako tapetę. W pierwszej chwili pomyślałem, że potrzebuje lusterka i za to służy mu aparat.

- Potrzebuje pan lusterka? Wszystko przylega dobrze do twarzy.

– Nie. Pomyślałem, że żona, jak weźmie mój tablet i włączy, to zobaczy mnie jeszcze świadomego... – mówi, a ja milczę, nie wiedząc, co odpowiedzieć.

Po konsultacji anestezyjologicznej podjęliśmy decyzję o intubacji, pacjent był całkowicie niewydolny oddechowo i tylko kwestią czasu było to, kiedy się załama i zatrzyma. Lepiej zaintubować go i podłączyć do maszyny, zanim się zatrzyma, ograniczymy wtedy uszkodzenia mózgu i narządów wewnętrznych.

– Proszę przygotować propofol, fentanyl i scolinę – mówi do pielęgniarki anestezyjolog, doktor Król.

– Doktorze, dajmy mu jeszcze trzy, cztery minutki, niech zadzwoni do żony – wtrącam się. – Nas te parę minut nie zbawi, a to może być jego ostatnia rozmowa – przekonuję, aby chory nie słyszał. – Panie Ryszardzie, może chce pan do kogoś zadzwonić? Do żony? Zaraz będziemy intubować.

– To już? – pyta jakby z niedowierzaniem, mimo że mówiłem o tym paręnaście minut wcześniej. W oczach była niema prośba: jeszcze chwilę, jeszcze chwilę!

Widziałem, że bardzo się boi, choć sam nie potrafię wyobrazić sobie, jak duży odczuwał lęk. Wiemy, co mówi się o respiratorach w COVID-zie – że to wyrok. Ale to nieprawda – to szansa, tylko z ograniczoną możliwością powodzenia.

– Już, za parę minut, poczekamy – odpowiadam spokojnie, kładąc mu rękę na ramieniu.

Zadzwonił do żony, a ja odsunąłem się, aby zapewnić im możliwość prywatnej rozmowy. Nie wiem, na ile go słyszała przez maskę i w szumie działających respiratorów. Tak, jak sobie obiecałem kiedyś, jeśli mogę, staram się pomagać pacjentom porozmawiać z rodziną przed rozpoczęciem respiratoroterapii. Czasem wystarczy jedynie zasugerować kontakt z bliskimi, aby wyrwać ich ze stuporu i zainicjować często ostatnią rozmowę z rodziną.

Żeby pacjenta zaintubować, trzeba go uśpić, pozbawić świadomości. Każdy, kto był kiedyś operowany, przechodzi tę fazę lęku. Wie, że za chwilę odpłynie w niebyt nieświadomości i obudzi się dopiero, jeśli wszystko pójdzie dobrze. Tu jest jeszcze gorzej, bo chory wie, że nic nie idzie dobrze, że jego stan jest tak ciężki, że nie może już świadomie oddychać, tylko wymaga mechanicznego wsparcia. To nie jest tak, że ma 99% szans jak przy planowym zabiegu, tu szansa na ponowne obudzenie

jest mniejsza niż na śmierć w nieświadomości. Dodatkowo długotrwały pobyt pod respiratorem, nawet jak się uda, sprawia, że pacjent wymaga długiej rehabilitacji i zazwyczaj nie odzyskuje pełnej sprawności.

Po podaniu „usypiaczy” podaje się leki zwiotczające mięśnie. Pacjent przestaje sam oddychać, a po prawidłowym wprowadzeniu rurki w drogi oddechowe, tę rolę przejmuje maszyna. Następnie anestezjolog robi wkłucie centralne do żyły podobojczykowej, dzięki czemu mamy pewny dostęp do podaży wszystkich leków w pompach w ściśle odmierzonych dawkach w czasie. Kolejną wygodną rzeczą, o którą prosimy doktora Króla, jest założenie wkłucia tętniczego, z którego będziemy pobierać gazometrię tętniczną. Musimy w początkowym okresie bardzo często monitorować parametry równowagi kwasowo-zasadowej krwi, aby modyfikować zadane nastawy maszyny. Poza stężeniem tlenu i dwutlenku węgla ważne jest, czy pacjent się nie zakwasza, a więc czy nie spada pH jego krwi⁴⁵, co negatywnie wpływa na wydolność narządową.

Po ustabilizowaniu stanu pacjenta saturacja poprawia się, choć dalej jest poniżej 90% i to przy wentylacji czystym tlenem.

Zobaczmy za 2 godziny.

– Jak tam u was, zwolni się jakieś miejsce? – pytam anestezjologa.

– Wybudziliśmy jednego pacjenta, to jutro rano zrobimy zamiankę, jeśli będzie w dobrym stanie, weźmiemy go na górę – oznajmia doktor Król.

– To dobrze, jest młody i nie ma dużo obciążeń, może mu się uda. Lepiej, żeby był u was.

Pan Przemysław śpi z maską do NIV-a, nie widział intubacji kolegi. Może to i lepiej, po co miałby się bardziej bać. Saturację ma dobrą, prawie 100%, pozwalam sobie na niewielką redukcję stężenia tlenu w mieszaninie. Teraz oddycha „jedynie” 90% tlenem.

Trudno jest spać w sali intensywnego nadzoru, tu co rusz coś mruga światełkami i pipczy, przy zajętych sześciu stanowiskach tworzy się czasem kalecząca uszy kakofonia dźwięków. Kończące się pompy z lekami, pompy do żywienia, alarmy respiratorów, rozszczelnianie przez pacjentów masek do NIV-a. Im coś głośniej wyje i mocniej mruga, tym jest pilniejsze. Dla świadomych pacjentów te hałasy są nieznośne, ale dla personelu konieczne.

Za dwie godziny jest źle, saturacja jest dalej taka sama, ale pacjent zaczął kumulować dwutlenek węgla we krwi. W gazometrii tętnicznej ma go już 80 mmHg⁴⁶ i jest w kwasicy. Jednym ze sposobów eliminacji dwutlenku węgla jest zwiększenie częstości oddechów tzw. hiperwentylowanie. Zwiększamy

zatem ilość oddechów i modyfikujemy pozostałe parametry, możemy zrobić jeszcze jedną rzecz dla niego. Przełożyć go na brzuch, to powinno również ponieść saturację, poprzez lepszą wentylację innych części płuc, jeśli wzrośnie objętość minutowa, może mu pomoże jak u tego poprzedniego pacjenta na respiratorze w obniżeniu dwutlenku węgla.

– Grzesiek, robimy pieroga i obracamy na brzuch.

– Dobra, zbiorę ludzi, ale musimy mieć wytrzymałe prześcieradła i najlepiej te trójkątne poduchy do podłożenia.

Dziesięć minut później i poproszeniu na trzech innych oddziałach (dwa nie miały wolnej pościeli) udało mi się pożyczyć wytrzymałe prześcieradła oraz komplet poduszek do „prone position”. Gdy wróciłem na salę, zespół już czekał, było nas sześcioro: dwoje lekarzy, dwie pielęgniarki, jeden pielęgniarz, będący jedyną osobą z doświadczeniem w przekładaniu chorych na brzuch pod respiratorem, oraz jedna opiekunka medyczna. Przez chwilę do tego pacjenta zaangażowany był prawie cały personel, tylko jedna pielęgniarka została na odcinku, podając leki. Jest naprawdę ciężko, dobrze, że mamy tak dobry i zgrany zespół. Po przełożeniu chorego na brzuch w ciągu kilku minut saturacja wzrasta do 97%. W kontrolnej gazometrii jest jeszcze gorzej, mimo zmian ustawień respiratora kwasica narasta, a dwutlenek wynosi już 109 mmHg. Przychodzi anestezjolog i modyfikuje nastawy maszyny. Nie jest przekonany, że to coś da. Jest źle. Za godzinę mamy zrobić kolejną kontrolną gazometrię.

Jest trzecia w nocy. W gazometrii jest tragicznie, dwutlenek węgla przekroczył 115 mmHg, to górna granica, jaką oznacza nasz gazometr, mamy też ciężką kwasicę, pH za chwilę będzie spadać poniżej 7,00. Dzwonię jeszcze raz na OIT, tym razem po krótkiej rozmowie z doktorem Królem przełączam się do drugiego anestezjologa⁴⁷, odpowiedzialnego za oddział.

– Doktorze, nie wiem, czy kolega wspominał, ale mamy pacjenta „na rurze”, który nam się psuje. Jest w ciężkiej kwasicy, narasta dwutlenek węgla, już przekroczył 115, do rana to mu się „mózg ugotuje”⁴⁸. Jeśli doktor się zgodzi, ja wiem, że jest trzecia w nocy, ale zróbmy wymianę za tego pacjenta, co zszedł z rury teraz.

– Muszę zobaczyć, czy się nadaje, jest na high-flow podłączonym do tracheostomii.

– Wezmę go, byle temu pomóc. My zrobiliśmy wszystko, jest teraz wentylowany na brzuchu, miał podkręcane przez doktora Króla parametry.

U nas umrze.

– Nie wiem, czy zdziałamy coś więcej – odpowiada spokojnym głosem kolega.

– Ale będzie pod opieką specjalistów, a nie rezydenta i gastroenterologa. Poza tym słyszałem, że macie takie coś jak „mini-ECMO”, że możecie dwutlenek z krwi ściągać.

– No mamy, ale zajęte, nie mogę tego odpiąć od innego pacjenta. Dobra, tylko musimy najpierw przekazać tego z tracheo, a dopiero potem możemy wziąć innego.

– Cholera, nie mam żadnego miejsca, żeby go położyć, za ile to by było? Muszę je zorganizować.

– Dziesięć minut i jesteście.

– To szykujcie się za dziesięć minut, będzie miejsce – odpowiadam, kończąc rozmowę.

Jedyne co mogłem zrobić, to wywalić kogoś z butlą na korytarz.

– Panie Tomaszu – budzę pacjenta. – Wiem, że jest trzecia w nocy, ale pomoże mi pan uratować czyjeś życie.

– Oczywiście, panie doktorze – zgadza się młody mężczyzna zaspanym głosem, choć po moim pytaniu wyraźnie się rozbudził.

Jest jedynym pacjentem, który wymaga niskiego przepływu tlenu i za dwa dni wyjdzie do domu.

– Przeniosę pana na łóżeczku na korytarz, na godzinkę, może półtorej, dobrze? Muszę mieć tu za chwilę miejsce z dużym przepływem tlenu ze ściany, a pan na korytarzu będzie mieć butlę. Przepraszam za niedogodności, ale to wyższa konieczność.

– Dobra, nie ma problemu, jeśli tylko mogę pomóc – odpowiada pacjent.

Tak naprawdę, nie pytałem go o zdanie. I tak bym go przełożył na korytarz, ale po tak poprowadzonej rozmowie spędzi tę godzinę w przeświadczeniu, że komuś pomaga, a nie został wywalony przez lekarza z sali. Tak będzie lepiej.

Mam jeszcze inny problem. Wyciągnąłem łóżko z panem Tomaszem z pięcioosobowej sali przez służbę, łóżka są na styk i tak musiałem inne rozsunąć, aby tym wyjechać. Nie będzie jak pacjenta przełożyć z łóżka na łóżko, a przecież OIT-owe musi wrócić na macierzysty oddział. Do przemieszczenia pacjenta wybraliśmy najszerszy kawałek korytarza tuż przed prowizoryczną służą, która smętnie wisi rozdarta od wielu dni. Nikt się tym nie przejmuje, tak po prostu jest, ta prowizorka się nie utrzymała.

High-flow to wspaniałe urządzenie, które dmucha tlen w nozdrza z prędkością 60 litrów na minutę, ma jednak jedną wadę. Bez prądu nie działa, nie ma akumulatora. Z butli tlenowej na reduktorze udaje się uzyskać 25 litrów przepływu. Przy transporcie czas będzie zatem działał na naszą niekorzyść, bo nowy pacjent nie będzie otrzymywać odpowiednio dużo tlenu.

Przyjechali. Chory ma wetknięty dren od wąsów tlenowych do rurki tracheotomijnej i butlę odkręconą do oporu. Jest pobudzony, nie wie, co się dzieje, stresuje się przenosinami w środku nocy.

– Tu go będziemy przekładać? – pyta anestezjolog, widząc nas czekających z wolnym łóżkiem w korytarzu. – Przecież tu nie ma miejsca?

– Tu jest najwięcej miejsca, na wszystkich salach chorzy są upchnięci na maksa i tak jednego teraz wyrzuciłem na korytarz. Inaczej nie wjedziemy.

Niczym budowlane żurawie, wyciągając ramiona nad pacjenta i ciągnąc za prześcieradło, udało nam się przełożyć go, w tym piekielnie wąskim korytarzu, na drugie łóżko. Potem już poszło gładko. No prawie...

– Jezu, nie chciałabym tu pracować... – mówi jedna z pielęgniarek z OIT-u, patrząc na salę intensywnego nadzoru. – Przecież to jak u nas, a jeszcze macie cały oddział do ogarnięcia. Ile jest pielęgniarek?

– Teraz na nocce trzy lub cztery, jeśli się udało zmieścić w grafiku, jedna cała czas musi tu być, a reszta ogarnia oddział.

– A ilu jest pacjentów?

– Tu niezmiennie trzydziestu plus kolejka na miejsce czeka na SOR-ze.

– Nie mogłabym tu pracować... – powtarza.

– No to co, dajcie respirator transportowy i jedziemy – przerywa anestezjolog.

– Nie mamy, doktor Milena wzięła ostatni do zatrzymania u siebie. Został nam stary newport... Może pojedziemy na tym? Akumulator i kółka ma.

– Dobra jedziemy!

#

Jak w trójkę z łóżkiem anestezjologicznym, dwoma butlami tlenowymi i respiratorem na kółkach zmieściliśmy się do windy, nie wiem. Dwa centymetry więcej i trzeba by stojak z respiratorem trzymać w rękach, a to nie było lekkie. Nie wiem, czy bym go podniósł.

– Dziękuję doktorze, u nas nie miałby szans.

- Spróbujemy. Zaraz go przełożymy na naszego Bennetta.
- Wracając z OIT-u windą razem z Grześkiem, odzywam się mimowolnie.
- Myślisz, że ma szansę?
- Zobaczymy, Bennett to taki mercedes wśród respiratorów. Lepszego w szpitalu nie macie.
- Muszę rano zadzwonić do jego żony. Prosiła, żeby ją powiadomić, jak męża przekazemy na OIT. Tak bardzo się o niego bała... Mam nadzieję, że mu się uda.
- Dochodzi prawie czwarta rano, kiedy wchodzę do dyżurki. Doktor Ania właśnie kończy przepisywać zlecenia dla pacjenta z wymianki. Dostanie te same leki co na OIT, a na razie na rano zleci się kontrolne badania.
- Padam z nóg... – mówię, żując suchy i nadgryziony kawałek pizzy. Jadłem go osiem godzin temu i nie miałem czasu dokończyć.
- Wpiszę tylko zlecenia, a opiszę go rano. Też padam. Śpisz tu czy tam?
- Obojętnie, mogę tam. Wezmę jeden telefon.

#

- Łup, łup, łup – wyrywa mnie ze snu i błyskawicznie stawia na nogi walenie do drzwi.
- Wciągam szybko spodnie i wkładam górę szarego uniformu. Rzucam okiem na zegarek, jest parę minut przed piątą rano. Tym razem jestem maksymalnie nieprzytomny, ten dzień dał mi ostro w kość. Jednak od momentu uderzenia w drzwi do ich otwarcia mija zaledwie kilkanaście sekund. Za drzwiami stoi nasza opiekunka, Gienia.
- Pan Karol... leje z ręki... – dyszy.
- Co robi? – Przecież nie mógł jej uderzyć, jest pod respiratorem, pomyślałem nieprzytomnie.
- No leje... znaczy krwawi mocno, Grzesiek uciska – wyjaśnia.
- Idę szybko na intensywną salę, wkładam tylko maseczkę chirurgiczną. Dobrze, że jestem ozdowieńcem, mamy tak dużo ciężkich przypadków, że w trakcie dyżuru wchodzę na salę kilkadziesiąt razy. Nie byłbym w stanie tego robić, wkładając za każdym razem kombinezon. Nie byłoby ich tyle, a tak to zostały dla tych nielicznych, którzy jeszcze nie zachorowali.
- Co się dzieje? – pytam po wejściu na salę.
- Zaczął krwawić z wklucia tętniczego, miał założone w dole łokciowym do promieniowej.

– Cholera, w tym miejscu jest dość duża, to zaraz po podziale z ramiennej.

– Niżej nie było możliwości, a musimy pobierać mu gazówkę.

– No lepsze to, niż ciągle kłuć udową i w końcu zrobić tętniaka. Jak to się stało? – Patrzę na małą kałużę krwi na pościeli. Dla laika wygląda to na dużo, ale krew jest specyficzna, wystarczy jej odrobinę, a ludzie przeceniają jej ilość.

W podręcznikach chirurgii są przykłady szacowania objętości utraconej krwi po wielkości kałuży czy powierzchni nasączonego materiału, tu szybko liczę utratę na ilość rzędu 100–200 ml.

– Nie wiem, miałem mu pobrać gazówkę, jak zobaczyłem, że koło wkłucia sączy, wyjąłem i zaczęło lać. Założyłem opatrunek uciskowy, a Gienia po ciebie pobiegła.

Sprawdzam ukrwienie ręki, nieco gorsze, ale bez dramatu. Grzesiek dość mocno uciska krwawienie. Opatrunki szybko przesączają. No tak, przecież wszyscy w ciężkim stanie mają lecznicze dawki heparyny.

– Dołożymy kolejne bandaże i uciskamy – zalecam, podając je Grześkowi.

– Pani Ulu, proszę nam dać te zamrożone kroplówki, obłożymy to miejsce lodem i podamy Exacyl i Cycloaminę⁴⁹.

Dzwonię do koleżanki na chirurgię, muszę się poradzić, czy coś jeszcze można zrobić i wpisać zarówno całe zdarzenie, jak i konsultację do dokumentacji.

– Cześć, Sara, przepraszam, że cię budzę, ale mam masywny krwotok z tętnicy promieniowej po wkłuciu tętniczym, wysoko w dole łokciowym, stosujemy opatrunki uciskowe, okładamy lodem, dałem „cyklo” i Exacyl. Coś jeszcze mogę zrobić? Może ty poradzisz, pierwszy raz tak mam.

– A ukrwienie jest okej? I tak najpierw musisz zatamować krwawienie – odpowiada doktor Wilczek.

– No jest.

– To trzeba uciskać, aż przestanie lecieć. W końcu przestanie. Pamiętam, jak byłem na stażu na naczyniówce, to była kara dla stażystów – uciskanie dużych podkrwawiających po zabiegach tętnic. Trzydzieści, czterdzieści minut i powinno pomóc.

– No dobra, dzięki. Przepraszam za kłopot.

– Nie ma problemu, jak coś to dzwoń.

Trochę mnie uspokoiła, Grzesiek wciąż uciska rękę, ale opatrunki są coraz mniej przemoczone krwią. Będzie dobrze, myślę, zaczynając pisać obserwację.

– Panie doktorze! – Na salę wbiega pani Gienia. Normalnie zwiastun wszelkich nieszczęść dzisiaj.

– Z panią Beatą jest źle, saturacja spada! Pół godziny temu przed tym krwawieniem miała prawie 90, a teraz 70 parę – wyrzuca jednym tchem.

Pani Beata leży na pięciosobowej sali ogólnej, powinna być na sali intensywnej, ale nie było miejsca. Wystarczył jeden rzut oka, od razu widzę, że to kwestia minut i się zatrzyma mimo wspomagania oddechowego NIV-em.

Dzwonię do doktora Króla. On też nie ma lekko, to będzie trzecia intubacja tej nocy, bo jeszcze jedną robił na neurologii, a to tylko te, o których wiem.

Muszę zamienić pacjentki miejscami, a obie są na respiratorach w trybie wentylacji nieinwazyjnej z tym, że pani Beata się łamie, a pani Lena jest względnie stabilna. Normalnie obie powinny być na sali intensywnej, ale ciężko chorych jest tak wielu, że mam miejsce tylko dla jednej. Nie ma jak manewrować łózkami, obie pacjentki musimy przewieźć prawie jednocześnie na naszych małych butlach tlenowych. Oczywiście zgodnie z prawem Murphy’ego z trzech butli jedna jest pusta, a dwie częściowo napełnione: w połowie i 30%. Pielęgniarki zawsze pilnują, żeby były pełne, ale czasem ktoś pożycza z innych oddziałów, bywa. To będzie szybka zamiana miejsca, choć samo wyjechanie z sali pięciosobowej wymaga przestawienia środkowych łózek.

Parę minut później jest już anestezjolog i przygotowuje się do zaintubowania pacjentki. W medycynie panuje zasada, że zawsze intubuje najbardziej doświadczona osoba w tej dziedzinie. Nie rzucę się na pacjenta z rurką, jeśli będzie mógł to zrobić anestezjolog.



Pacjentka w trakcie wentylacji nieinwazyjnej.
Fot. kolekcja własna

Saturacja na respiratorze nie powala, ale dajemy jej czas, zmieniając powoli ustawienia wentylacji i robiąc kontrolne gazometrie. Kiedy kończymy z doktor Anią, jest 7:30 i zaczynają się schodzić koledzy. A trzeba jeszcze opisać nocne przyjęcie.

To był koszmarne wyczerpujący dyżur, pełen napięcia i różnych czasem skrajnych emocji. Po raporcie przebrałem się w normalne ciuchy i usiadłem na wersalce w pokoju socjalnym. Nie mam siły wstać i iść do domu. To uczucie zmęczenia pomieszane z satysfakcją z dobrze wykonanej roboty.

Dzisiaj nikt nie umarł. Pracuję bardzo dużo i jestem skrajnie zmęczony, ale dni takie jak ten nadają temu sens. Trzeba się starać, żeby nikt nie umarł, no i czasem wypisać kogoś do domu. Trzeba też pamiętać, że nie jest się Bogiem i mimo dobrze wykonanej roboty czasem się nie udaje.

#czwartek 26 listopada

Rano w dyżurce jak zwykle w tygodniu panuje ścisk. To prowizoryczne pomieszczenie zaadaptowane ze starego pokoiku USG ledwie może pomieścić zespół lekarski i oddziałową. Nie żeby było nas przesadnie dużo, po prostu pokój ma gabaryty nieco większe od schowka na mopy. Nasza stara dyżurka była co najmniej dwa razy większa, ale została w części brudnej odcinka COVID-owego. Jak zwykle wszyscy sączą kawę, poza doktorem Karolem i doktor Barbarą. To nasza opozycja, wolą herbatę, w tym Karol wręcz ortodoksyjnie tylko z cytryną. Tradycyjnie dyżurny przekazuje raport.

– Pani Nowak nieco się poprawiło, mogliśmy zredukować jej PEEP i tlen, saturację trzymam...

Do gabinetu wpada pielęgniarka z sali „R”.

– Pacjent zerwał maskę i saturacja mu leci! – dyszy w biegu.

Zerwaliśmy się i pobiegliśmy na salę intensywnego nadzoru, druga pielęgniarka próbowała uspokoić pacjenta i założyć mu maskę na twarz. Mężczyzna zerwał ją drugą ręką i próbował sięgnąć, był niedotleniony i oddychał wysiłkowo. Usta i palce zsiniały mu momentalnie, założony na szybko pulsak wskazywał saturację poniżej 50%. To są wartości, w które przestaje się już wierzyć u pacjenta oddychającego, ale sinica i marmurkowatość skóry mówiły nam o tym, jak w dużej jest hipoksji.

– Kiedy zerwał maskę? – pyta szef.

– Przed chwilą, tak jak Beata pobiegła wam powiedzieć, wcześniej był nieco niespokojny, ale trzymał 85–88% na NIV-ie. Jak tylko się ruszał, to spadało.

Szef spokojnie utrzymywał maskę na twarzy pacjenta, a saturacja nieco zaczęła się poprawiać. Po podaniu leków uspokajających chory zaczął spokojniej i głębiej oddychać, choć wciąż było to ponad 30 oddechów na minutę.

– On już nie daje rady. Trzeba go zaintubować. Szykujcie sprzęt.

Sama intubacja i podłączenie do respiratora przebiegły gładko. Szef przez wiele lat pracował w karetce i na SOR-ze ma wielką wprawę. Jest też jedyną osobą w naszym szpitalu, która robi bronchoskopię. Pół godziny później chory zatrzymał się krążeniowo, jego serce odmówiło dalszej pracy. Mimo że w zapisie na monitorze wciąż jawił się rytm zatokowy, najważniejszy mięsień w naszym ciele przestał się kurczyć. To tak zwane PEA, aktywność elektryczna bez tętna. To co najbardziej wskazywało na zatrzymanie krążenia, to szybki spadek pCO₂ w kapnometrii i stopniowy spadek odczytów pulsoksymetru.

Padrino szybko przyłożył palce do tętnicy szyjnej, w ciągu kilku sekund upewnił się, że serce chorego mimo zapisu na monitorze nie pompuje krwi. Rozpoczęliśmy reanimację. Zatrzymał się przy nas, na naszych oczach, więc błyskawicznie mogliśmy zareagować. Doktor Karol rozpoczął uciskanie klatki, a szef wentylację poprzez AMBU. Na czas reanimacji pacjenta odłącza się od respiratora i wentyluje ręcznie, żeby wyczuwać, czy nie narastają opory w drogach oddechowych. Aga z Magdą czekały, żeby zmienić Karola – każdy może wtedy chwilę odpocząć, aby zachować wysoką jakość uciśnięć klatki. Pielęgniarki szykowały adrenalinę. A ja pobiegłem po lifepacka, urządzenie do defibrylacji. Na filmach pokazują, że defibryluje się każdego pacjenta, który się zatrzyma. Tymczasem „strzela” się prądem tylko tych, u których występuje migotanie komór lub częstoskurcz komorowy bez tętna. W przypadku aktywności elektrycznej bez tętna czy płaskiej linii, jaką jest asystolia, defibrylować nie można. W kinie z kolei, kiedy na monitorze pojawia się płaska linia, defibrylują, ale filmy kłamią.

W trakcie reanimacji, kiedy uciska się klatkę piersiową, nawet jeśli wyjściowo był rytm nie do defibrylacji, jest szansa na to, że wróci spontaniczne krążenie lub pojawi się rytm do defibrylacji. Dlatego należy oceniać pracę serca co dwie minuty.

Czas mijał, minuta za minutą, adrenalina za kolejną adrenaliną. Pot spływał po naszych twarzach, a ramiona bolały od ucisków klatki piersiowej. W międzyczasie nastąpiła zmiana rytmu, aktywność elektryczna serca ustała całkowicie, jawiąc się przy ocenie rytmu prostą linią – asystolią. Zanik czynności elektrycznej rokuje źle. Po 45 minutach walki, w tym ponad 30 w asystolii, przegraliśmy. Wraz z ostatnią oceną rytmu zakończyliśmy próbę przywrócenia krążenia, nic więcej nie dało się zrobić. Pacjent odszedł. Trzeba będzie powiadomić jego rodzinę. Jest to dla mnie

szczególnie trudne, ponieważ był ojcem mojego przyjaciela. Szef jako prowadzący go lekarz wziął na siebie ten obowiązek, ale wiem, że mnie rozmowa nie minie. Zresztą nie chcę od niej uciekać, po tym jak zostaną już poinformowani, zadzwonię złożyć kondolencje.

Zrobiliśmy wszystko, co mogliśmy, czuję się jednak źle. Jest mi przykro. Pan Przemysław był w wieku moich rodziców i gdyby nie wirus, spokojnie przeżyłby jeszcze wiele lat. Mój przyjaciel wie, że zrobiłem wszystko, co mogłem, ale i tak będę mu się kojarzyć ze śmiercią ojca.

#piątek 27 listopada

Opisując pacjentów i ich historie, umyka mi to, przynajmniej w zapisie w dzienniku, jak dużo ta wyjątkowa sytuacja wnosi do mojego rozwoju. Każdy dzień pełen doświadczeń sprawia, że potrafię więcej. Wszyscy z nas obsługują już respiratory, ja również. Jeszcze nie tak dawno pisałem, że prowadzenie pacjenta wentylowanego mechanicznie jest dla mnie czarną magią. Już nie jest, mam opanowane podstawy, które pozwalają mi decydować o zmianie leczenia, umiem ustawić poszczególne tryby wentylacji i modyfikować ich nastawy w zależności od stanu klinicznego. Nie mam takiej wiedzy jak szef czy doktor Ada, ale się w tym odnajduję.

Pacjent na respiratorze stał się naszą codziennością i wszyscy ich prowadzimy. Pozostaje ogrom pokory, bo jednak wentylacja mechaniczna to jedna z najbardziej zaawansowanych technik utrzymywania pacjentów przy życiu, jaką mamy w naszym szpitalu. Są od niej specjaliści i nie wahamy się dzwonić do nich, kiedy mamy z czymś problem. Współpraca z OIOM-em jest bardzo dobra, zwłaszcza szef OIT ma niesamowite zacięcie dydaktyczne. Jeśli tylko mam chwilę, to dopytuję go o różne rzeczy, a on wyjaśnia mi to na chłopski rozum. Ostatnio nauczył mnie składania i nastawiania respiratora transportowego Newport, niby proste, ale w stresie można się pogubić. Jest inny od dotychczas używanych przez nas respiratorów, tworzy żelazną rezerwę, w razie gdyby zabrakło sprzętu lub trzeba było kogoś gdzieś przewieźć. Wygląda niepozornie, bo całość jest schowana i zamontowana na stałe w niebieskiej torbie sportowej, takiej jak na siłownię. Ale po rozsunięciu zamków uwidoczniają się miejsca podpięcia rur oraz panel, przypominający deskę rozdzielczą radzieckiego statku kosmicznego z licznymi pokrętłami i wskaźnikiem ciśnienia. To

samo, ale trzeba ustawić manualnie kręcąc kurkami, a nie na panelu dotykowym.

Czasem pacjentowi „na respiratorze” się pogarsza, ale nie zmienia tego żadne ustawienia maszyny. Tak było z panią Beatą, od czasu zaintubowania zaczęła się komplikować i „kiepścić”. Problem nie leżał w wentylacji i wymianie gazowej, a w nerkach. Te odmówiły posłuszeństwa i mimo prób forsowania diurezy przestały produkować mocz. Na niewydolność nerek niedającą się pokonać farmakologicznie byliśmy bezradni. Doktor Ada szukała miejsca na OIOM-ie z wolną nerką do ciągłej dializy, w końcu się udało i znalazła miejsce w szpitalu w sąsiednim mieście.

Kobieta wymagała transportu z lekarzem, a ten po godzinie piętnastej zapewniał SOR. Nie dziwiłem się, widząc wchodzącego po siedemnastej na salę doktora Rambowicza. Nie miał dziś dyżuru w grafiku.

– Doktor w pracy?

– Od piętnastej nie, ale trzeba zrobić przewóz, to zrobię. Dopiero co wróciliśmy z neurochirurgii z Lecznicy.

– Dziękuję – mówię, patrząc, jak sprawnie przepina pacjentkę na pomarańczowego transportowego Draggera. To jeszcze inny typ respiratora, choć podobny do Newporta, z którego szkolił mnie szef OIT.

Doktor Rambowicz, mimo że czasami nie zgadzamy się w pewnych kwestiach, nigdy nie odmówił transportu pacjenta. Kiedy był szefem SOR-u, potrafił przyjechać z domu, żeby to zrobić. Najwyraźniej to się nie zmieniło. Nie musi, są inni na SOR-ze, po prostu chce.

#

– Pani Joanno, musi pani założyć tę maskę – tłumaczę pacjentce, która zdjęła maskę do NIV-a. Ma ciężkie POCHP i mimo że jej saturacja nie spada tak dramatycznie po zdjęciu maski jak innym „NIV-owcom”, to miała ją z innego powodu. Jej płuca zajęte koronawirusem i zniszczone wieloletnim przebiegiem przewlekłej obturacyjnej choroby płuc zaczęły kumulować dwutlenek węgla. Dziś to 80 mmHg, dużo, o 40 więcej niż norma, ale jeszcze można spróbować ją z tego wyciągnąć NIV-em. Maskę nosi już pięć dni, dziś jest najgorzej, mimo dobrej saturacji. Jest wyraźnie zmęczona psychicznie i fizycznie.

– Nie mogę, nie założę. Nie chcę, wolę umrzeć – odpowiada stanowczo.

Rozmawiam z nią, ale mimo takiego poziomu dwutlenku we krwi jest świadoma i zorientowana „allo- i autopsychicznie”. Tak my to nazywamy w dokumentacji medycznej. W rzeczywistości po prostu wie, jak się nazywa, gdzie się znajduje, jaki jest rok i miesiąc oraz co się z nią do tej pory działo. Nie ma przesłanek, aby uważać, że nie jest w stanie podejmować świadomych decyzji.

– Wie pani, jeśli dalej dwutlenek będzie narastać we krwi, to trzeba będzie podjąć decyzję o intubacji i podłączeniu pod respirator. Ta maska daje nadzieję, że uda się tego uniknąć.

– Na respirator się zgadzam, na maskę nie – odpowiada zmęczona pacjentka.

– Założę pani high-flow i przyjdę zrobić gazometrię za dwie godziny – decyduję, obserwując, jak saturacja niebezpiecznie spada poniżej 80%. To urządzenie również powoduje wzrost ciśnienia końcowo oddechowego (PEEP), które pozwala utrzymywać efektywną wymianę gazową. Saturacja pacjentki waha się w granicach 88–92%. To wartość optymalna w ciężkim POCHP, nie dążymy do większej, bo w tym wypadku jest ona nawet szkodliwa.

#

Dwie godziny później, kiedy razem z doktor Anią weszliśmy na salę, pacjentka dalej wyglądała źle. Tak samo jak wcześniej, była zlaną zimnym potem i oddychała szybko mimo utrzymywania 90% saturacji na high-flow.

Pobrałem gazometrię z tętnicy udowej, poziom dwutlenku wzrósł znacznie i osiągnął już 100 mm słupa rtęci. To bardzo wysoka wartość, nie możemy dalej czekać.

– Pani Joanno, jest źle. Jeśli nie założymy maski, to musimy panią zaintubować i podłączyć pod respirator.

– Nie zgadzam się na tę maskę – odpowiada kategorycznie chora.

– Zgadza się pani na respirator?

– Tak.

– Dobrze, chce pani porozmawiać z synem? – pytam, wiedząc, że to może być ich ostatnia rozmowa.

– Nie wiem.

– Pomogę pani. Myślę, że warto.

– Dobrze – wyraża zgodę i z moją pomocą wykręca numer do syna.

– Dobry wieczór, z tej strony Tomasz Rezydent z oddziału wewnętrznego. Panie Danielu, mama jest w ciężkim stanie, podjęliśmy decyzję o podłączeniu jej do wentylacji mechanicznej. Chciałaby z panem porozmawiać chwilę.

– Mamo, jak się czujesz? – Głos syna drży, czuć, że bardzo się denerwuje.

– Źle synek, nie mogę już tej maski. Mam za wysoki dwutlenek węgla. Podłączą mnie pod respirator na parę dni, żeby go usunąć. Nie martw się – mówi z wyraźnym trudem.

– Panie doktorze, kiedy można się dowiadywać o stan mamy?

– Może pan zadzwonić rano albo jak pan chce, to zadzwonię jeszcze dzisiaj po samej procedurze.

Nie wiem, czemu tak powiedziałem, przecież normalnie nie dzwoniemy po intubacji, a jest już późny wieczór. Syn pacjentki chciał, żebym go poinformował. Chyba zrobiło mi się go szkoda, ja nie mógłbym spać, wiedząc, że gdzieś tam podłączają moją mamę do respiratora i nie wiem, czy maszyna już za nią oddycha, czy nie. Chorzy i ich rodziny nie mają praktycznie ze sobą kontaktu. Staram się im to umożliwić. Obiecałem, że zadzwonię.

Umówiłem się z anestezyjologiem na planową intubację za piętnaście minut, przeniósłem pacjentkę na salę „R”. Przygotowaliśmy respirator, leki konieczne do znieczulenia i zwiotczenia, AMBU do wentylacji, laryngoskop i rurkę 7,5. Wszystko zaplanowane, przygotowane, w spokoju bez nerwówki, jaka towarzyszy nagłemu zatrzymaniu krążenia.

– Dzień dobry, nazywam się Mariusz Bródka i jestem anestezyjologiem. Doktor już z panią rozmawiał, zaintubujemy panią i podłączymy pod maszynę, która będzie za panią oddychać. – Słyszę anestezyjologa, wypełniając w komputerze dokumentację dotyczącą konsultacji.

– Ja doktora znam... doktor zakładał mi wkłucie w udo na ortopedii... – odpowiada niemrawo pacjentka.

– Tak faktycznie... – przyznaje doktor Bródka, ale głos na chwilę mu zamiera.

Pacjentka właśnie „odpłynęła” i przestała oddychać.

– Mamy zatrzymanie – woła, a ja zrywam się z krzesła i podbiegam do łóżka.

Pielęgniarki stoją tuż obok, wcześniej szykowały leki. Chora przestała oddychać i saturacja gwałtownie jej spada, opuściliśmy oparcie łóżka,

najszybciej jak się dało. Doktor Bródka przyjął już pozycję za jej głową i ocenia tętno – nie ma.

Rozpaczam uciskanie klatki, a kolega szybko intubuje pacjentkę, potrzeba zaledwie kilku sekund, może pięciu czy sześciu przerwy w uciskach, aby rurka znalazła się na swoim miejscu. Teraz możemy wentylować ją asynchronicznie. Po zaintubowaniu nie trzeba robić przerw w uciskaniu klatki na wentylację. Normalnie, jeśli pacjent nie jest zaintubowany, robi się 30 uciśnieć klatki i 2 wdechy, po intubacji w ciągu minuty klatkę uciska się sto razy i wentyluje około dziesięciu. Jeden oddech co sześć sekund. Doktor Ania przybiegła z lifepackiem, po podłączeniu elektrod mamy PEA, oni zawsze w tym pieprzonym COVID-zie zatrzymują się w PEA. Gdyby to było migotanie komór, to szansa byłaby zdecydowanie większa, niedotlenienie tkanek – hipoksja, obecna w COVID-zie wchodzi w skład świętych tetrad 4H i 4T. Są to odwracalne przyczyny zatrzymania krążenia, które należy usunąć w trakcie reanimacji.

4H – hipotermia, hipowolemia, hipoksja, hipo i hiperkaliemia.

4 T – tamponada serca, zatorowość, zatrucie toksyczną substancją, odma płučna.⁵⁰

W trakcie prowadzenia akcji resuscytacyjnej ocena powyższych parametrów jest kluczowa, nie przywróci się skutecznie krążenia, jeśli nie cofnie się działania któregoś z odwracalnych czynników. Wyklucza się to drogą eliminacji, jednocześnie prowadząc całą akcję.

Pacjentka nie była w hipotermii, temperaturę ciała miała w normie, więc ten czynnik odpada. Niemniej zawsze należy o nim pamiętać, bo założenie, że jest np. lato i pacjent nie może być w hipotermii, jest błędne. Zdarzały się opisywane przypadki hipotermii po tym, jak chory nieprzytomny leżał pod klimatyzatorem albo częściej po wyciągnięciu z wody.

Co do hipowolemii, czyli stanu, w którym w łożysku naczyniowym znajduje się za mało płynu, to również u naszej pacjentki możemy to wyeliminować. Nie miała cech wstrząsu, przed zatrzymaniem ciśnienie było powyżej normy, była wcześniej dobrze nawodniona. Choć teraz jej ciśnienie spada do skrajnie niskich wartości generowanych jedynie przez uciskanie klatki, to nie hipowolemia była przyczyną zatrzymania krążenia. Jeśli ją wyreanimujemy, pewnie będzie wymagała stosowania amin katecholowych wspomagających pracę serca i podnoszących ciśnienie, ale to późniejszy krok.

Hipo- i hiperkaliemia – najczęstsze zaburzenia elektrolitowe prowadzące do zatrzymania krążenia, również mogliśmy odrzucić, mieliśmy wyniki pacjentki z tego samego dnia i poziom potasu był w normie.

Została hipoksja, tylko mówiąc o niej, zakłada się jej odwracalną przyczynę, zablokowanie dostępu do tlenu przez ciało obce, za małą podaż tlenu ect. Tu pacjentka dostawała maksymalną ilość tlenu, a to COVID zniszczył jej płuca, nie natlenia się i nie mamy jak tego odwrócić.

Z czterech T również eliminujemy możliwość zatrucia, odmě wykluczam, osłuchując położenie rurki intubacyjnej – szmer słycać symetrycznie, a tchawica nie jest przesunięta. Zatorowość i tamponadę najtrudniej jest wykluczyć w trakcie reanimacji, ale to mało prawdopodobne. Pacjentka jest na pełnej dawce przeciwkrzepliowych leków, poza tym nie ma przepęlnionych żył szyjnych, chwilę temu wszystko było w normie, nieściszone tony serca. Można by było przyłożyć głowicę i zobaczyć, czy jest patologiczny płyn w worku osierdziowym dla tamponady albo powiększenie prawej komory i odprostowanie przegrody wskazujące na zatorowość, ale tego nie zrobimy. Ani ja, ani koleżanka nie umiemy wykonać ECHO serca i, szczerze mówiąc, nie wiemy, co moglibyśmy zobaczyć. Poza tym w tym momencie ważniejsze jest zapewnienie wysokiej jakości uciśnięć klatki piersiowej niż próba uwidocznienia czegoś w USG. Po piętnastu minutach reanimacji pacjentka zaskakuje i akcja serca wraca. Dowiedzieliśmy się o tym z zapisu kapnometru, który nagle zaczął pokazywać odpowiednio duże wartości, po zakończeniu cyklu i ocenie rytmu uzyskano wyczuwalny puls na tętnicy szyjnej i udowej. Mamy ROSC, czyli powrót spontanicznego krążenia. Udało się, choć pacjentka dalej nie oddycha i trzeba ją wentylować. Po podłączeniu chorej do respiratora doktor Bródka konfiguruje urządzenie, aby dobrać należyte parametry wentylacji do saturacji i dwutlenku węgla. Po kolejnych 10 minutach w ciągu kilku sekund prężność wydychanego dwutlenku węgla spada gwałtownie. Znowu potwierdzamy zatrzymanie krążenia. Wracamy do reanimacji.

Pięćdziesiąt minut później, po prawie półtoragodzinnej walce i ostatnich 25 minutach asystolii kończymy. Pacjentka nie żyje, stwierdzam zgon. Muszę niezwłocznie powiadomić syna, spodziewa się dobrych wieści, myśli, że wszystko się udało, ale takich nie dostanie. W komputerze ani w dokumentach nie ma numeru kontaktowego do rodziny, a podczas rozmowy pacjentki z synem nie zapisałem go. Jest tylko jedno miejsce,

gdzie jest dostępny ten kontakt. Biorę karteczkę i długopis. Komórka pacjentki leży na jej szafeczce, tam gdzie ją odłożyła. Muszę spisać numer do syna i przekazać mu smutną wiadomość.

Odblokowuję ekran, a na wyświetlaczu pojawia się roześmiany, około 4-letni chłopczyk z jasnymi kręconymi włoskami. Jej wnuczek.

Nogi mi się ugięły i prawie przysiadłem, zrobiło mi się niesamowicie smutno i żal. Nie znam go, ale wiem, że będzie płakać, nie zobaczy swojej ukochanej babci. Tak jak ona nie zobaczy już swojego malutkiego wnusia. Odeszła, a my za chwilę będziemy pakować ją w biały brezentowy worek wypełniony środkami dezynfekcyjnymi. Nie wiem, czemu mam ten obraz przed oczami, widok tego śmiejącego się dziecka z komórki babci, gdy stoję tuż obok jej zwłok, wypalił się w mojej głowie i pozostanie na lata. Taka mała igła, która przebiła się przez zawodową skorupę i ugrzęzła w miękkim ciele.

Dzwonię do syna.

– Jak tam, panie doktorze? Jak mama? – pyta przestraszony.

– Muszę pana z przykrością powiadomić, że o godzinie dwudziestej trzeciej czterdzieści pięć stwierdziłem zgon pacjentki. Proszę przyjąć moje wyrazy współczucia – odpowiadam pozbawionym emocji tonem.

#niedziela 29 listopada

– I wybiła piętnasta, zostaliśmy sami. – Uśmiecham się do doktor Liliany.

Mamy razem pierwszy wspólny dyżur. Wcześniej Lila pracowała na izbie zakaźnej, skąd się znamy, oraz w nocnej i świątecznej pomocy. Na co dzień zaś jest rezydentką diabetologii. Została skierowana przez wojewodę do pracy na naszym oddziale od początku listopada.

– Mam nadzieję, że nie trzeba będzie nikogo podłączać pod NIV czy coś innego, myśmy tego nie robili – mówi, również się uśmiechając.

– Damy radę, tu dosyć często podłączałem NIV-y, ustawienie high-flowa jest banalne, a jak trzeba będzie kogoś podłączyć pod respirator, to zwołamy anestezjologa.

#

Nalałem sobie szklanek zimnej kranówki i usiadłem na kanapie w naszej niewielkiej, tymczasowej dyżurce. Mam nadzieję, że dziś nikt nie będzie

już dzwonił ani nikomu się nie pogorszy. Na SOR-ze cisza, przyjęliśmy tylko jedną pacjentkę od nich. Tak czy siak zostało mi ostatnie wolne miejsce dla kobiety.

Jesteśmy świeżo po wieczornym obchodzie. Wreszcie po wielu godzinach można chwilę odpocząć. W tej pracy trzeba mieć dużą pojemność pęcherza albo mało pić. Czasem nie ma kiedy pójść do toalety. Staram się nawadniać, ale zazwyczaj wypijam i tak mniej niż powinienem. Ból głowy przypomina mi o tym, że warto wypić więcej niż połowę porannej kawy. Dzisiaj było w miarę spokojnie, pogorszyło się tylko dwóm pacjentom, jeden wymagał high-flowa, a drugi NIV-a.

Trochę mam obawy o tego drugiego, ludzie źle tolerują NIV-y, a chory jest spowolniony i ma mentalność dziecka. Wytłumaczyłem mu najprościej, jak umiałem, dlaczego musimy założyć tę maskę, pomogła mi jego siostra przez telefon. Od dwóch godzin toleruje maszynę, ale zamknął się w sobie. Jest niczym dziecko, które otrzymało karę i nie wie za co, ale bardzo chce się poprawić. Chyba tego nie rozumie. Żałuję, że nie ma przy nim jego bliskich, ukochanej siostry, która dodałaby mu otuchy i dotarła do niego lepiej niż ja. Ale to choroba zakaźna, nie ma takiej możliwości.

Nie zdążyłem wypić całej szklanki wody, kiedy błogą ciszę przerywa dźwięk służbowego telefonu.

– Tomasz Rezydent, COVID, słucham.

– Gabriel Sobczak, lekarz dyżurny z oddziału COVID-owego w Miedziance. Doktorze, mam do przekazania pacjentkę, która kwalifikowałaby się na high-flowa.

– Co to za pacjentka?

– Starsza osiemdziesięcioletnia kobieta, nadciśnienie, niewydolność serca, w tomografii zajęte około 40% płuc, na worku z rezerwuarem desaturuje do 75%.

– O to sporo, a wy nie macie high-flowa?

– Nie...

– No to podłączcie ją może do NIV-a, pewnie i tak będzie tego wymagać.

– Nie mamy.

– Ale to przecież nawet Karinę można w tryb wentylacji nieinwazyjnej ustawić, tylko dobrać maskę trzeba.

– Respiratora też nie mamy.

– Nic nie macie?

– Nie. Nawet nie mamy instalacji tlenowej, są dwie sale z tlenem ze ściany.

– Jezu, to umieralnia...

– Wiem... Weźmie ją doktor?

– A nie trzeba jej zaintubować?

– Nie, raczej nie, zresztą nasz OIT nie ma miejsc.

– Mam ostatnie kobiece miejsce, rezerwuję je dla tej pacjentki. Proszę o miarę szybki transport.

– Dziękuję.

Będziemy mieli przyjęcie. Osobiście nie odważyłbym się pracować w tak niewyposażonym oddziale COVID-owym. Bez dostępu do instalacji tlenowej, bez sprzętu. To właśnie jeden z tych cudownie stworzonych w kilka dni oddziałów – wszystko ma, ale na papierze. Trzydzieści dodatkowych łóżek COVID-owych w szpitalu – decyzją administracyjną. Pieprzone lazarety, skoro my walczymy i odwlekamy maksymalnie moment intubacji, to jak jest w takich miejscach? Ktoś nie daje rady na worku z rezerwuarem, to od razu „rura”? Czy jak jego stan się pogarsza, to tylko śmierć? Czegóż takiego nie wytrzymałbym psychicznie, a tak wiem, że robię wszystko, co tylko można.

#

Starsza pani rzeczywiście oddychała z dużym wysiłkiem. Miała około czterdziestu oddechów i saturację wahającą się pomiędzy 70 a 80%. Już po dwóch, trzech minutach na high-flow odżyła, osiągając 94% saturacji, zaczęła też spokojniej oddychać.

Patrząc na numer prawa wykonywania zawodu lekarza, który ją do nas skierował, jest od mnie dużo starszy. Z pewnością ma większe doświadczenie, ale brak mu sprzętu. To zadecydowało, że w moich rękach ta pacjentka jest bezpieczniejsza. U mnie w szpitalu jest sprzęt, bo zadbali o to mój szef i dyrektor. Ale w regionie jesteśmy pod tym względem wyjątkowi. Liczba specjalistycznego sprzętu i koniecznych elementów jednorazowych, które posiadamy, zabezpiecza w tym momencie całkowicie nasze potrzeby i daje gwarancję maksymalnego bezpieczeństwa chorym.

Lata zaniedbań i oszczędzania na zdrowiu i życiu obywateli mszczą się w trakcie pandemii. System nie runął tylko dlatego, że dbają o to ludzie, którzy nie są w stanie powiedzieć dość i odejść od łóżek pacjentów. Mam

tylko nadzieję, że ta porażka wpłynie na nas i zaczniemy dofinansowywać należycie ochronę zdrowia. COVID powoduje dużą liczbę zgonów, zwiększa znacznie grupę osób z przewlekłą niewydolnością oddechową, paraliżuje całą służbę zdrowia i ogranicza osobom z innymi schorzeniami dostęp do lekarzy. A to odczuwamy dość szybko w postaci przeoczonych nowotworów czy pozawałowych niewydolności krążenia. Odpowiednie finansowanie sprawiłoby, że szybciej i lepiej nadrobilibyśmy te zaległości.

#

Tuż po piątej rano, kiedy mój umysł przebywał w czarnym niebycie zbawiennej regeneracji, obudził mnie dzwonek komórki.

– Ta nowa, wygląda na to, że zaraz się zatrzyma – powiadamia jedna z pielęgniarek.

W biegu zastukałem w drzwi, za którymi odpoczywała doktor Lila. Na sali czekała praktycznie sina pacjentka łapiącą pojedyncze oddechy. Zaraz się zatrzyma. Mimo high-flowa saturacja była niewiarygodnie niska – 53%.

– Jedziemy z pacjentką na „R”, zrobimy zamiankę za pana na NIV-ie, jest stabilny.

– Lila, dzwoń na OIT z prośbą o pilną intubację, zaraz się zatrzyma – wołam do koleżanki, która właśnie wbiega do sali.

Pacjentka mimo podaży dużej ilości tlenu oddycha rzadko i płytko. Przez wiele dni musiała oddychać szybko, niczym maratończyk goniący do mety. Na razie jej serce bije, w dość świeżej tomografii ma zajęte mniej niż połowę płuc, nie jest „ściszona” ani „ściśnięta”, nie chorowała też wcześniej pulmonologicznie. Zakładam jej rurkę ustno-gardłową, tak aby zapadający się język nie zablokował dróg oddechowych. Podłączam gumowy worek z maską twarzową, jaką jest AMBU, i zaczynam wentylować ręcznie.

– Przygotujcie wszystko do intubacji, rurka siedem – zarządzam.

Obok mnie stoi złożony gotowy do użycia respirator. Odkąd nasi pacjenci ładują „pod rurą”, zawsze na początku dyżuru przeglądam sprzęt i w razie potrzeby kompletuję i składam. Zresztą wszyscy tak robimy, nikt nie chce być zaskakiwany w nagłej sytuacji, że brakuje jakiejś złączki.

Pacjentka wentyluje się ładnie i na AMBU saturacja rośnie, osiąga nawet 90%, co tylko pogłębia moją teorię o zmęczeniu mięśni oddechowych. Sprzęt do intubacji jest gotowy, ale czekam na anestezjologa. Doktor Shot

zaintubował pacjentkę w kilka sekund. Chciałbym mieć taką wprawę. Do tej pory intubowałem jedynie manekiny i zwłoki. Lepiej uczyć się na zmarłym, niż robić coś pierwszy raz na żywej osobie. Zmarłym nie pomożemy, ale za ich sprawą możemy lepiej pomóc w przyszłości żywym.

Pozostał mi w pamięci wielki napis w akademickim prosektorium, gdzie odbywały się zajęcia z anatomii dla studentów pierwszego roku medycyny: „Hic Mortui docent Vivos” [Tu umarli uczą żywych].

Czy można być obojętnym wobec śmierci? Na pewno nie, ale można się z nią oswoić. Na początku na zajęciach z anatomii po wejściu na salę widzieliśmy metalowy stół przykryty białym prześcieradłem. Pod nim nie było żywej istoty, nie było zwłok, tylko czyściutkie kości – przeciętny człowiek może ich dotknąć czy wziąć do ręki. Oswajaliśmy się z tymi kośćmi, mówiliśmy do nich, ucząc się na pamięć każdej bruzdy, otworu, guzowatości czy miejsc przyczepów mięśni. Kilka tygodni później pojawiła się ręka wyciągnięta z formaliny, noga, aż wreszcie cały zakonserwowany człowiek, którego preparowaliśmy kawałek po kawałku, zgłębiając tajniki ludzkiego ciała. Na trzecim roku odbywały się sekcje lekarskie w celu określenia przyczyn zgonów pacjentów.

Najtrudniej było na szóstym roku, mimo że byłem już zaprawiony ze śmiercią, to zajęcia z medycyny sądowej wywarły na mnie największe wrażenie. Byłem świadkiem, a czasem uczestnikiem sekcji sądowo-lekarskich. To nie zawsze były świeże ciała. Jeśli się miało pecha i trafił się kilkutygodniowy topielec, gnijący zapach zwłok często mieszał się z odorem wymiocin studentów. Ustawiono nawet specjalne wiaderka dla wrażliwych.

Osobiście z tamtych zajęć najbardziej zapamiętałem trzy sekcje. Pierwsza to mężczyzna, który urodził się tego samego dnia i roku co ja. Patrzyłem na niego, a raczej na to co z niego zostało: nie miał rąk ani nóg, pozostał jedynie zwęglony bezkształtny korpus z wtopioną na czubku czapkę z daszkiem, która, o dziwo, była spalona jedynie do połowy. Wedle ustaleń prokuratury wjechał pod cysternę z prędkością 160 km na godzinę. Samochód zajął się ogniem. Strażacy wycinali dogaszane szczątki przez osiem godzin. Druga była młoda kobieta, bardzo ładna, nieco ode mnie starsza. Miała zadbane paznokcie u rąk i nóg, świeżo pomalowane na jaskrawoczerwony kolor, włosy przycięte i zafarbowane na blond, makijaż na twarzy. Raziły tylko ślad po sznurze na szyi, przekrwione oczy

i nabrzmiały wywalony na brodę siny język. Powiesiła się na klamce od drzwi we własnym domu.

Jeden ze studentów wtedy zapytał.

– Przecież człowiek broni się, jak się dusi. Nie mogła wstać z kolan i przerwać próbę?

– Pamiętajmy, że chciała się zabić. Powiesić się można nawet na leżąco. W tej pozycji mogła to przerwać tylko na samym początku, potem człowiek traci świadomość, ciało opada bezwładnie i własnym ciężarem zaciska pętlę na szyi. Poza tym śmierć w tym mechanizmie nie polega na zamknięciu dopływu powietrza do płuc, a utlenowanej krwi do mózgu, przytomność traci się w kilkanaście sekund – wyjaśnił prowadzący.

Najbardziej wstrząsający był ostatni przypadek. Też kobieta. Nie była jednak zadbana, miała czarne tłuste włosy, a jej twarz wykrzywiał grymas szaleństwa. Utopiła dwójkę swoich kilkuletnich dzieci w wannie, a potem zaniósła je do sypialni, położyła na łóżku i przykryła kołderką. Następnie powiesiła się na strychu. Byłem przy sekcji jej i dzieci. Żyły, kiedy matka je topiła, walczyły, jej ręce były całe podrapane. Nie może mi to wyjść z głowy.

Doktor Shot podłączył pacjentkę pod respirator. Kobieta dostała szansę, choć zważywszy na jej wiek i zakażenie koronawirusem, niewielką.

⁴⁰ Zachowano oryginalną pisownię.

⁴¹ <https://szpitalnarodowy.pl/wp-content/uploads/2020/11/Kryteria-przyje%CC%A8cia-SN-v-003-9-NOV-2020AZ-2.pdf>

⁴² Nieinwazyjny pomiar dwutlenku węgla w wydychanym powietrzu. Na ekranie monitora rysuje się wykres krzywej kapnograficznej zawierającej stężenia dwutlenku węgla w zależności od fazy oddechu oraz podawana jest wartość CO₂ w mmHg. Ma to znaczenie diagnostyczne zarówno jeśli chodzi o stan pacjenta (jakość usuwania dwutlenku węgla podczas wentylacji), jak i funkcje alarmowe (NZK, intubacja przełyku, częściowa niedrożność rurki intubacyjnej itp.).

⁴³ Pozycja na brzuchu.

[44](#) Kolejny parametr stanu zapalnego. Prokalcytonia narasta w infekcjach bakteryjnych, gdy przekracza 0,5 ng/ml świadczy o infekcji, powyżej 2,0 ng/ml o dużym ryzyku sepsy.

[45](#) Ludzka krew ma prawidłowe pH w zakresie 7,35–7,45, ma mechanizmy obronne w postaci buforów, które pomagają tę wartość utrzymać. W dużym uproszeniu, jeśli pH spada poniżej 7,35 mówimy o kwasicy, a jeśli rośnie powyżej 7,45 o zasadowicy.

[46](#) Ciśnienie parcjalne dwutlenku węgla powinno być w przedziale 35–45 mmHg.

[47](#) W naszym szpitalu na dyżurach zawsze jest 2 anestezjologów. Jeden odpowiada za oddział, drugi za blok operacyjny oraz interwencje na oddziałach. W razie gdyby któryś był zajęty, a wymagana jest pilna interwencja, to przychodzi drugi.

[48](#) Ciężka kwasica i wysoki dwutlenek węgla mogą spowodować zaburzenia ośrodkowego układu nerwowego, w tym obrzęk mózgu z powikłaniami i śmiercią włącznie.

[49](#) Są to leki stosowane do zahamowania krwawień.

[50](#) 4H4T – określenie pochodzi z języka angielskiego, gdzie każda z przyczyn zaczyna się na H lub na T, np. odma płučna to *Tension pneumothorax*.

#czwartek 3 grudnia

Dziś jest wielki dzień, ostatecznie dochodzi do przeniesienia starego oddziału do nowego tymczasowego budynku. Wybudowane przez lato moduły wreszcie ukończono. Telewizja ogłosiła spektakularny sukces, paru notabli przyjechało dzień wcześniej wymienić uścisk dłoni między sobą i przeciąć wstęgę. Tak wygląda polityka. Ryzyko, które dyrektor wziął na siebie latem, się opłaciło. Miasto zyskało piękny obiekt wyposażony w pełną infrastrukturę do prowadzenia pacjentów, nawet w najcięższym stanie, a po pandemii, kiedy nie będzie już zakażonych, miejsce to prawdopodobnie zamieni się w przepiękny ZOL. Mimo złośliwości na lokalnych forach internetowych nie będzie to obiekt dla najbogatszych, a dla wszystkich – publiczny.

Do budynku prowadzą trzy przeszklone wejścia, jedno na stronę nieskażoną oraz dwa na strefy skażone. Całość zbudowano na planie prostokąta z wewnętrznym patio pośrodku. Jest również miejsce na ozdobne drzewka, które obecnie uspięne będą w przyszłości cieszyć pensjonariuszy. Po wejściu na strefę nieskażoną hol rozdziela się na dwie odnogi prowadzące do ład pielęgniarskich, wytyczonych dla danego odcinka. Stąd dojdzie się także do pokoi socjalnych i magazynów. Sale dla chorych są monitorowane oraz mają podłączoną instalację tlenową. Pomieszczenia przygotowano jedno- lub dwuosobowe, są tylko dwa większe z trzema łózkami. Każda sala na odcinku A ma osobną łazienkę, na odcinku B, gdzie mają być leczeni pacjenci w lżejszym stanie, jest jedna łazienka na kilka pomieszczeń.

Zarówno korytarze, jak i sale dla pacjentów są w jednej jasnej tonacji. Nie brak jednak zdobiących ściany obrazów lub zdjęć, przekazanych przez lokalnych artystów, przedstawiających pejzaże i martwą naturę. Pomijając fakt, że wszystko wygląda nowocześnie, czysto i schludnie, te drobne akcenty dodają uroku temu jakże smutnemu i samotnemu miejscu. W tej kwestii nic się nie zmieniło, pacjenci nadal mają kontakt z rodzinami jedynie przez telefony komórkowe.

Komfort pracy znacznie poprawiła instalacja tlenowa w każdej sali oraz duża liczba nowoczesnych ekranów do monitorowania. Jedyne co mnie zastanawia, to liczba pielęgniarek. Dotychczas pracowały w ogromnym obciążeniu i to przy 30 pacjentach, teraz ma ich być prawie dwa razy tyle.

Lekarza pacjent potrzebuje przez pewien czas, oczywiście w zależności od stanu zdrowia, nasza rola ogranicza się do zaplanowania leczenia, badania i interwencji. To pielęgniarki i opiekunki są potrzebne mu cały czas. Niektórym z naszych podopiecznych podają po piętnaście różnych leków, nawet cztery razy dziennie. Chorzy mają regularnie mierzone parametry: saturację, ciśnienie, temperaturę. Ci, którzy leżą bez ruchu albo są uśpieni pod respiratorem, wymagają obracania co parę godzin, aby nie nabawili się odleżyn. Wszystko to w akompaniamencie wycia respiratorów, kończących się pomp infuzyjnych i mrugania różnokolorowych światełek i monitorów. A przecież do tego dochodzi jeszcze pojenie, karmienie i przebieranie. To naprawdę heroiczna praca.

#

Przeniesienie trzydziestu pacjentów wymagających tlenoterapii jest logistycznym wyzwaniem. Najgorzej z najciężej chorymi, tymi podłączonymi pod respiratory. Doktor Magda zajęła się podpinaniem chorych na nasz mały respirator transportowy. Ta niewielka czarna skrzyneczka, nazywana przez nas żartobliwie tosterem, sprawdza się całkiem fajnie na krótkim dystansie. Ma trzy pokręta do ustawienia podstawowych parametrów i jedną mechaniczną zastawkę do ustawienia końcowo oddechowego ciśnienia w drogach oddechowych. Po przetransportowaniu tych najciężej chorych resztą transportu zajęli się żołnierze. Od dziś będziemy w nowym budynku.

W ferworze przeprowadzki i całym zamieszaniu w trakcie porannej odprawy spotkał nas bardzo miły gest. Doktor Magda odczytała na głos życzenia od naszej pacjentki. Pani Wanda leżała u nas dość długo i kilka dni temu wyszła do domu, przysłała nam i pielęgniarkom śliczne kartki.

Droży Lekarze Oddziału Wewnętrznego!

Z całego serca pragnę podziękować za zaangażowanie, trud i pomoc, dzięki którym udało mi się wyzdrowieć. Świadomość, że jestem w tak dobrych rękach, miała dla mnie ogromne znaczenie. Cała nasza rodzina życzy samych sukcesów w życiu zawodowym, wszelkiego dobra, pomyślności, zdrowia.

*Z wyrazami szacunku
Wanda wraz z rodziną*

To daje siłę i motywację. Ktoś z czystej potrzeby serca poniósł trud, żeby nam powiedzieć, że docenia naszą pracę. Pani Wanda na pewno zapamięta pobyt u nas do końca życia, nie ze względu na opiekę, ale dlatego, że ten pobyt musiał odcisnąć na niej swoje piętno. W trakcie prawie miesięcznej hospitalizacji widziała bardzo dużo na swojej pięcioosobowej sali. Walcząc z wirusem, obserwowała, jak niektóre jej koleżanki nie dają rady. Ona na szczęście tę walkę wygrała i dzieli się tą radością razem z nami.



Nowy budynek jest ogromny, o wiele większy od dotychczasowego oddziału, a to jedynie jeden z dwóch symetrycznych odcinków. Ma pomieścić 54 chorych.
Fot. kolekcja własna

#piątek 4 grudnia

– Cieszę się, że pan wychodzi – oznajmiam wyjątkowemu pacjentowi.

To chory, którego przeczucaliśmy z łóżka na łóżko, 22 listopada na korytarzu w środku nocy, aby przekazać innego mężczyznę w stanie krytycznym na OIOM. Wówczas świeżo po wybudzeniu z rurką

tracheostomijną był podsypiający i ledwo się ruszał. Dziś po rehabilitacji, bez ubytków neurologicznych wychodzi do domu, ma jeszcze problemy z chodzeniem i wymaga koncentratora, ale przeżył respirator. W COVID-zie to wielki wyczyn.

– Raczej wyjeżdżam i to z tlenem. Ale to nic, jestem twardy gość. Kiedyś trenowałem boks i do dziś mi zostało. Zresztą taryfiarz musi być twardy. Zobacz pan, panie doktorze, jeszcze parę tygodni i będę chodził, woził pana taryfą i nie będę wymagał tego tlenu – mówi, wskazując na zielone wąsy biegnące od butli przy wózku.

– Bardzo dobrze, panie Mirosławie. Podoba mi się to nastawienie. W każdym razie do zobaczenia na mieście, nie w szpitalu – odpowiadam.

Chory odjechał wózkiem prowadzonym przez pielęgniarkę do wyjścia z budynku. Za drzwiami czekała na niego żona, niemogąca doczekać się momentu, w którym wreszcie go zobaczy. Nie dziwię się, wiele dni spędził pod respiratorem, a ona codziennie się zastanawiała, czy jeszcze żyje? Czy zaraz otrzyma telefon ze szpitala? Do domu odwiezie go karetka, wciąż wymaga tlenu i muszą go wnieść do mieszkania. Jak będzie dalej? Czas pokaże. Na razie mimo bojowego ducha jest inwalidą.

#niedziela 6 grudnia

Rano obudził mnie nie dźwięk budzika, a krzyk mojej starszej córki. Młodsza leżała między mną a żoną, spychając mnie w nocy na sam brzeg łóżka. Teraz jest wtulona w pierś mamusi, z której uczyniła sobie smoczek. Moja małżonka śpi słodko z otwartymi ustami, pokazując swoje białe ząbki i mając słodziutką, choć zupełnie nefotogeniczną, minę.

Światło wpadające przez boczne szczeliny zasłoniętych wewnętrznych, materiałowych rolet tworzy świetliste smugi, w których widać drobiny unoszącego się kurzu. Nadaje to pomieszczeniu przyjemny półmrok, w którym można by było dospać i poleniuchować jeszcze długie minuty, o ile tylko zbłąkany promień światła nie zaświeci akurat nieszczęśliwie w oczy.

Całość obrazu jest oczywiście „stop klatką” – tuż po podniesieniu powiek z łóżeczka, na którym siedziała moja starsza córeczka, dobiegł pierwszy krzyk. Zobaczyłem jej wielkie jak pięcioletówki oczy i ogromny uśmiech na twarzy.

– Tato! Tato! Mikołaj przyszedł! Mam prezenty! – pokrzykuje radośnie.

Wiadomo, że ze spania nici, ale zobaczyć tak wielką radość z samego rana na buzi dziecka to bezcenne i dla takich chwil warto żyć.

Faktycznie Mikołaj był, zostawił prezenty, wypił całe mleko ze szklanki i zjadł prawie wszystkie ciasteczka, jakie Zuzia wczoraj z mamą dla niego upiekła. Były bardzo dobre.

Spędziliśmy wspaniałe rodzinne przedpołudnie, wypełnione śmiechem i zabawą prezentami. Potem zacząłem pakować swoją torbę i szykowałem się do podróży. Jak tylko doktor Klaudia odprawi swoje świąteczne rytuały, przyjedzie po mnie i ruszamy w trasę.

- Tato? Czemu się pakujesz w torbę? – pyta Zuzia.
- Wyjeżdżam na dwa dni na kurs do Krakowa, szef mnie wysyła.
- Aaa, co będziesz robić na tym kursie? – dopytuje ciekawsko.
- Będę uczył się, jak lepiej ratować ludzkie życie.
- A kiedy wrócisz? – pyta dalej, nieco zmartwiona.
- We wtorek w nocy będziesz już spała, ale jak rano w środę się obudzisz, to tata będzie jeszcze chrapać. Obiecasz mi, że zadbasz o mamę i Anię?
- Dobra! Będziemy się bawić razem z Anią – przytakuje ochoczo Zuzia.
- Tata-taaa – woła Ania, która właśnie przyraczkowała i zaczęła ochoczo wyrzucać skarpetki z mojej podróżnej torby.

#wtorek 8 grudnia

Wracamy do domu zmęczeni, ale zadowoleni. Doktor Klaudia świetnie prowadzi, mimo że jest internistką, jedzie jak rasowy chirurg: szybko, czysto i prosto do celu, bez zbędnego zamulania. Z tego co wiem, szef też lubi w trasie przycisnąć mocniej gazu. Ja w swoim passacie chciałbym, ale się boję. Staruszek ma już swoje lata i nie jestem go pewny.

Nie przesadzałem, mówiąc Zuzi, że jadę się uczyć, jak lepiej ratować ludzkie życie. Byliśmy na kursie ALS⁵¹ obejmującym zaawansowane zabiegi resuscytacyjne. Teorię trzeba było opanować przed zajęciami z 300-stronicowej książki z najnowszymi wytycznymi. Kurs był nastawiony na praktykę i czynności reanimacyjne. Mam wrażenie, że ani jedna minuta nie była tam zmarnowana czy przegadana.

W małych kilkusobowych grupach nauczyliśmy się na fantomach reanimacji. Niektórzy tak jak ja mieli już doświadczenie związane z RKO⁵², inni byli zupełnie zieloni. To, co mi się szczególnie podobało, to wielokrotne wałkowanie wariantów tej jakże stresującej procedury, jaką jest

RKO. A także modyfikacje działań w zależności od przyczyny NZK czy wreszcie sytuacje szczególne, takie jak resuscytacja kobiety ciężarnej, topielca, człowieka skrajnie wyziębionego czy zatrzymanego w przebiegu odmy prężnej lub wstrząsu krwotocznego. Położono także nacisk na podział ról. Mieliśmy więc team lidera, który dowodzi akcją, osobę, która podaje leki, inną, która pilnuje czasu i rytmu oraz ma pod ręką lifepacka do defibrylacji, a także człowieka od udrażniania dróg oddechowych i wentylacji. Tylko jedna scenka została zaplanowana tak, że zespół poniósł porażkę. W pozostałych pod wpływem swoich działań uzyskiwał powrót spontanicznego krążenia. Mogło to napawać optymizmem, gdybym nie wiedział, że przywrócenie akcji serca jest cholernie trudne. Na początku mojej zawodowej kariery dopiero szosta reanimacja, w której brałem udział, przyniosła taki skutek.

Oboje zaliczyliśmy kurs, zdając dość trudny test teoretyczny i część praktyczną. Uzyskaliśmy ważny na 5 lat certyfikat ALS.

Wracamy zadowoleni z siebie, choć bardzo zmęczeni. Rozmawiamy i dzielimy się spostrzeżeniami, bo na kursie byliśmy w innych grupach.

Dla relaksu zaglądam się w śmieciowej wiedzy z internetu. Właśnie przeczytałem, że cztery lwy w ZOO w Barcelonie mają objawy grypopodobne i przeszły pozytywnie test na COVID-19. Zakażonych było dwóch opiekunów. Podobne przypadki raportowano już w kwietniu w Nowym Jorku – cztery lwy i trzy tygrysy. Najwyraźniej koty mogą mieć infekcję i jej objawy. Między marcem a majem w Lombardii przebadano ponad 500 psów i 270 kotów, stwierdzając obecność wirusa u około 3–4% domowych pupili. Wówczas żaden ze zwierzaków nie miał niepokojących syndromów. Ale skoro tygrysy chorują, to może koty domowe też. Byleby psy nie chorowały. Wyobrażam sobie takiego mopsa czy buldoga francuskiego z COVID-em. Przecież on ma normalnie problem z oddychaniem, a co dopiero w momencie, w którym wirus zająłby mu płuca.

Kiedy wracam do domu, dzieci już śpią, ale żona na mnie czeka. Chcemy choć chwilę побыć sami i porozmawiać. Jutro znowu mam dyżur.

#Środa 9 grudnia

W „Niewidzialnym froncie” w zakończeniu wiosennej fali napisałem, że: „cieszę się, że nie musiałem przez całą pandemię nikogo intubować, zawsze

był czas i warunki, żeby zrobił to doświadczony anestezjolog”. Taaak... Wówczas mimo przewidywania, że jesienna fala nadejdzie, nie wiedziałem, że wiosenna przy tej, będzie zaledwie niewinną igraszką. Ostatnie dwa dni na kursie intubowałem wielokrotnie, wciąż tego samego manekina, niegdyś parokrotnie zwłoki. Zastanawiam się, kiedy będzie ten pierwszy raz? Kiedy zmuszony koniecznością stanę nad pacjentem i to ja będę musiał włożyć mu rurę.

#

Dostaliśmy wezwanie do sali „R” do chorej pod respiratorem, której spada saturacja. W sumie nic dziwnego, skoro prawie nie ma ciśnienia, jest we wstrząsie septycznym. Dziś miała zmieniane antybiotyki, ale wciąż jest niestabilna. Podkreśliłem tlen do 100% i dodaliśmy nieco ciśnienia końcowo oddechowego. Lejemy płyny – dużo krystaloidów i pół litra koloidu.

Krystaloidy to wszelkie wodne roztwory elektrolitów – najpowszechniej znana jest sól fizjologiczna, choć ta jest dobra do gotowania ziemniaków, a nie długotrwałej płynoterapii⁵³, zaś koloidy to roztwory żelatyny np. Gelaspan, które mają „moc” ściągania płynów do łożyska naczyniowego z tak zwanej trzeciej przestrzeni. Zwiększanie amin katecholowych wraz z płynoterapią poprawiło nieco jej stan, choć czuję, że tylko na chwilę. Potrzebna nam pomoc anestezjologa, raz, że może coś doradzi, dwa może wycisnie więcej z respiratora.

– Hej mam prośbę, pacjentka nam się sypie „na rurze”. Wygląda na wstrząs septyczny, lejemy płyny, zwiększyliśmy aminy, nieco się poprawiła, ale potrzeba twojej ręki – może coś wymyślisz.

– Co ma z amin? – pyta doktor Bródka.

– Levonor i Empesin⁵⁴ – odpowiadam.

– Na ile?

– Dużo... – mówię, po czym podaję dawkowania.

– W chuj... – wyrywa się Bródce. – Levonorem możesz jeszcze kręcić, ale Empesin ma już na maksa. Jakie jest ciśnienie?

– Ledwie stowa. 97/57.

– A ustawienia?

– Chyba maksymalne... – mówię, recytując podkreślane przeze mnie ustawienia respiratora.

– To maks. Dobra, lejcie płyny, ja mam zabieg, jak skończę, to przyjdę, może coś pomogę. Antybiotyki dziś zmieniane?

– Tak. To czekamy. Dzięki.

– Przyjdzie, jak skończy zabieg – przekazuję Ani i patrzę smętnie na kobietę. Ma na oko z 70 lat, ale była w dobrej kondycji psychicznej i fizycznej przed COVID-em. Oby się dźwignęła.

Poszliśmy na wieczorny obchód. Stanie i patrzenie na pacjentkę, kiedy wszystko, co mogła dostać, miała zlecone i jest w trakcie podawania, nie ma sensu. Na tej sali na stałe jest pielęgniarka, więc w razie problemów nas powiadomi.

Jakieś piętnaście minut później dotarliśmy na salę do pani Joli. Jej twarz była inna niż parę dni temu, ziemista, blada i spocona, jej kruczoczarne średniej długości włosy zlepiły się w brudne strąki. Koszulkę miała całą mokrą, siedziała oparta o prawie pionowo ułożone wezgi, rękami chwytając się barierek łóżka. Było jej tak łatwiej oddychać – w tej pozycji angażowała wszystkie mięśnie oddechowe, a jej klatka ruszała tak mocno, jakby biegła właśnie w maratonie. Aparatura wskazywała 45 oddechów na minutę, rano tak nie było. O dziwo, teraz pacjentka współpracowała, jeszcze parę nocy wcześniej znalazłem ją na moim nocnym obchodzie z saturacją rzędu 70%. Zachowywała się wtedy irracjonalnie, schowała maskę z rezerwuarem do szafki i przytrzasnęła drzwiczkami. Twierdziła, że syczenie tlenu przeszkadza jej w spaniu. O ironio, odstawienie tlenu mogło na nią sprowadzić sen wieczny. Dziś współpracuje, robi wszystko, żeby złapać kolejny oddech, ale w tej chwili jest u kresu sił.

– Pani Jolu, nie jest dobrze. Jest pani bardzo zmęczona, ulżymy pani trochę, mięśnie oddechowe muszą odpocząć, a maszyna za panią pooddycha. Przyjdzie doktor anestezjolog i panią zaintubuje, będzie pani spała. Zgadza się pani?

Chora kiwnęła głową, nie mogąc nic powiedzieć. Pamiętam jej szare przerażone oczy i sine usta pod maską, rytmicznie zaciągające powietrze...

– Hej, to znowu ja, słuchaj, mamy pacjentkę do intubacji, za ile byś był? Wytrzyma jeszcze z godzinę, może półtorej, a potem osłabnie, ma spore tachypnoe⁵⁵ i straszny wysiłek oddechowy. Mamy mało czasu, niedługo się złamie – przekazuję, dzwoniąc po wyjściu na korytarz tak, żeby kobieta mnie nie słyszała.

– No jeszcze z dwadzieścia minut, chirurdzy przypalają jakieś naczynka, zaszyją i będę, szykujcie powoli wszystko – podsumował anestezjolog.

– Dobra.

Przyciągnęliśmy wózek reanimacyjny, sprawdziłem laryngoskop, dobrałem na oko łyżkę i rurkę. Pielęgniarki zgodnie z dyspozycją podały chorej nieco morfiny, aby złagodzić uczucie duszności, i powoli szykowały leki do sedacji. Miałem w gotowości AMBU z rezerwuarem i obserwowałem pacjentkę. Ta niewielka dawka morfiny podskórnie trochę ją uspokoiła, nieco zwolniła z oddychaniem, brała teraz głębsze oddechy i nie odbiło się to na saturacji, która mówiąc wprost, była beznadziejna. Miałem tylko nadzieję, że nie zacznie się zatrzymywać, zanim anestezjolog przyjdzie, choć doświadczenie podpowiadało, że wytrzyma jeszcze kilkadziesiąt minut, choć nic nie było w stu procentach przewidywalne.

Na korytarzu rozległ się hałas szybkich kroków, ktoś ewidentnie biegł. Przez otwarte drzwi śmignęła burza rudych kręconych loków i pobiegła dalej.

– Tak, pani Gieniu? – wołam.

Cofnęła się biegiem.

– Szukałam was... Zatrzymanie... chyba... na B... czterdzieści cztery...
– sapie po sprincie.

Porwałem lifepacka, a doktor Ania laryngoskop z rurką. W biegu na drugi odcinek, ten przecież „sanatoryjny”, dzwonię po raz trzeci do anestezjologa.

– Teraz to już przyjdź szybko, mamy zatrzymanie na B, sala czterdzieści cztery, niepotwierdzone, mężczyzna.

– Nie dam rady, coś się pokomplikowało i jeszcze kończą, dzwońcie na OIT – odpowiada.

Rozłączyłem się.

– Kurwa mać...

Po dotarciu na salę ujrzałem nieco korpulentnego mężczyznę, z łysiną przerzedzającą jego siwe włosy. Otwarte wpatrzone w przestrzeń przed sobą, niewidzące oczy skierowane były na ścianę, na której wisiał obraz ze słonecznikami. Zobaczyłem jego sine usta, niełapiące oddechów, mimo rytmicznego uciskania klatki przez pielęgniarki. Jest zatrzymany, na nosie wciąż ma wąsy od HNFC, które wdmuchują powietrze, ale sam nie oddycha, nie wyczuwam też pulsu ani na tętnicy szyjnej, ani udowej.

– Ania, podłącz lifepacka i pilnuj czasu adrenalin, Grzesiek zmień Roksanę w uciskaniu, ja zajmę się udrażnianiem dróg oddechowych. Pani Gieniu, niech pani zadzwoni na OIOM, potrzebny anestezjolog, a Bródka

jest przy operacji. Może oddziałowy przyjdzie i proszę o ssak. Karolina, rozcinasz bluzkę nożyczkami – wydaję dyspozycje i zostaję team liderem.

– Asystolia – mówi Ania, patrząc na zapis monitora.

– Miligram adrenaliny i popchnąć dwudziestką soli, kolejny po drugiej pętli.

Wyjąłem sztuczne zęby chorego, zawsze trzeba to zrobić przed wentylacją czy próbą intubacji. Bez nich policzki się zapadają i mimo chwytu „EC” maska od AMBU nie przylega dobrze do twarzy. Nie wentyluje, jak należy, mimo asynchronicznej reanimacji.

– Anestezjolog na OIOM-ie prowadzi teraz reanimację pacjenta – nie może przyjść – informuje pani Gienia, przynosząc ssak.

A więc kto zaintubuje chorego – pomyślałem spanikowany.

– Dobrze, dziękuję za informację. Dajcie mi rurkę osiem i laryngoskop, spróbuję go zaintubować – mówię spokojnym głosem. Ilość adrenaliny, którą w tym momencie dostałem, zablokowała emocje.

Jak wytłumaczyć komuś, co widać podczas intubacji? Czasem widać pięknie struktury anatomiczne, których nazwy przeciętnemu człowiekowi nic nie mówią, a czasami jak tu – nie widać prawie nic...

Głowa jest nieco odchylona, a ja pochylając się nad pacjentem od tyłu, próbuję zajrzeć przez usta tak, aby zobaczyć nagłośnię. Odgarniam sinawy język, na lewo łyżką od laryngoskopu, gardło zlewa się kolorystycznie i wszystko wygląda tak samo, a do tego jest trochę płynu. Ślina? Przesięk? Nic nie widzę, muszę zobaczyć nagłośnię, żeby wsadzić rurę, nie zrobię tego na ślepo.

– Dajcie ssak! – proszę, przechodząc znowu na AMBU, by po chwili odessać pacjenta. Klatka piersiowa jest cały czas rytmicznie uciskana, co nie pomaga we wprowadzeniu rurki. Chyba jest już zatrzymany przez dłuższą chwilę.

– On się przy kimś zatrzymał, czy pani tak go zastała?

– Przyszłam i taki był – przyznaje pani Gienia.

Widzę nagłośnię, choć wszystko faluje od uciśnieć klatki.

– Przerwijcie uciskanie! – A po chwili: – Wszedłem, uciskamy!

– Uszczelnienie! – wołam, a Karolina podaje mi strzykawkę, którą wypełnia balonik od mankietu rurki intubacyjnej.

Założyłem szybko słuchawki fonendoskopu i sprawdzam. Brzuch nic, lewe nic, prawe słyszę. Kurwa, za głęboko... Popuściłem balonik i cofnąłem rurkę o 2 cm, uszczelniłem. Prawe oskrzele jest nieco większe

i położone na wprost, więc końcówka rurki musiała wejść nieco głębiej, zamiast kończyć się nad rozwidleniem głównych oskrzeli. Brzuch nic, lewe jest, prawe jest. Nieco rzezi...

– Ssanie! – rzucam w powietrze, a Karolina podaje mi ssak. Odessałem nieco płynu z drzewa oskrzelowego.

– Ocena rytmu – mówi Ania.

Grzesiek przerywa uciskanie klatki piersiowej.

– Zmienić cię? – pytam, wpatrując się w monitor lifepacka. Wciąż asystolia, lekko falująca płaska linia – nie ma nic, wcześniejszy zapis artefaktów sami generowaliśmy uciśnięciami klatki piersiowej. Jego serce stoi w śmiertelnym bezruchu.

– Ja go zmienię – proponuje Karolina.

– To jeszcze pętlę albo dwie – spokojnie odpowiada Grzesiek.

Ania podała adrenalinę. Ocena rytmu trwała zaledwie kilka sekund, teraz kiedy pacjent jest zaintubowany, możemy prowadzić reanimację asynchroniczną. Nie trzeba co trzydzieści uciśnień przerywać kompresji klatki na wdechy, masuje się cały czas, a AMBU wentyluje się, robiąc wdech – mniej więcej co sześć sekund. Po około trzydziestu minutach przyszedł zdyszany anestezjolog.

– Jak sytuacja? – pyta, patrząc na akcję.

– Znalezione bez oznak życia, zaintubowany, RKO od ponad trzydziestu minut, w zapisie EKG ciągle asystolia – przekazuję ponurym głosem.

– No to ocena rytmu po pętli, jak mamy dalej asystolię, to kończymy – zarządza doktor Bródka.

Przestaliśmy uciskać klatkę, wentylować pacjenta i wszyscy w milczeniu spojrzeliśmy na zapis funkcji elektrycznej serca na monitorze lifepacka. Niestety wciąż była prosta linia, płaska linia jak horyzont oddzielający duszę człowieka od ciała.

Obraz wyglądał jak pobojuwisko, rozcięta koszulka, ślady krwi i innych płynów, krzywo stojące łóżko z wyciągniętą barierką od strony głowy, walające się po podłodze zużyte ssaki i strzykawki. Za chwilę pielęgniarki wraz z salową będą to sprzątać i odkażać. Minie może z pół godziny, a wszystko będzie wyglądać, jakby nic się nie wydarzyło. Poza ciałem w podwójnym worku. Za dwie godziny – po zabraniu ciała, umyciu łóżka i wymianie pościeli będzie można położyć w tym miejscu kolejnego chorego.

– Co teraz? – pyta doktor Bródka.

– Ta do intubacji. Potem wstrząs. Tam mam wrażenie, że i tak nic nie da się zrobić.

Anestezjolog wprowadził chorą w farmakologiczny sen i podłączył pod respirator. Po wejściu na salę, gdzie leżała kobieta we wstrząsie, i przejrzeniu parametrów respiratora, podaży amin, nowych antybiotyków.
– Rozłożył ręce.

– Nic nie zrobimy, umrze do rana.

– Tak myślałem, miałem nadzieję, że może coś z niej jeszcze wyciśniesz.

– Wszystkich nie uratujemy, nie jesteśmy Bogiem. Zrobiliśmy swoje – filozofuje.

– Wszystkich nie, ale niektórych. Respirator to prawie wyrok.

– Taka choroba. Czasem się udaje... – mówi z zadumą.

– Palisz? – pyta po chwili.

– Nie, nienawidzę tytoniu, ale mogę ci potowarzyszyć – proponuję, bo odrobina mroźnego powietrza przyda mi się w tej chwili.

Pacjentka we wstrząsie zmarła kilka godzin później, nad ranem.

#

Po porannej odprawie wróciłem do domu i padłem. Był słoneczny dzień i promienie przebijały się w półmrok sypialni przez niedokładnie zaciągnięte rolety. Nie miałem siły wstać i tego poprawić. Po przyjsciu zmusiłem się, żeby wziąć prysznic, żeby zmyć z siebie zapach i syf ze szpitala. Zawsze to robię po powrocie z dyżuru.

On musiał się zatrzymać przynajmniej kilka minut wcześniej. Niestety na tej sali leżał pacjent z całkowitą demencją. Nie rozumiał, co się dzieje, nie mógł nas zawołać i nic nie dało się od niego dowiedzieć. W sali obok była pacjentka, która mówiła, że kilkanaście minut wcześniej ktoś głośno jęknął: „Maryś, idę do ciebie”. Sprawdziłem – Maria to była jego żona, powiadomiłem ją wczoraj. Przyjęła to dość spokojnie.

Ironią losu jest to, że dzień po powrocie z kursu musiałem zrobić to, czego mnie na nim uczyli. Poza stanem pacjenta kluczowy jest czas. Jeśli zatrzymanie nastąpiło przy personelu, to mamy RKO od razu. Jeśli stało się to na sali i akurat nikogo nie było – a przecież kilka pielęgniarek i opiekunek na parędziesiąt łóżek nie jest w stanie być fizycznie jednocześnie na każdej sali, to mijają sekundy i minuty – czas, w którym mózg obumiera. Podejrzewam, że był już martwy, kiedy zaczęliśmy.

#

Obudziłem się w białej pościeli, nie była to moja sypialnia, pokój przypominał salę szpitalną z naszego modułu. Nie mam siły podnieść rąk, a wzrok nieco mi się rozmazuje. Na ścianie przede mną wisi obraz ze słonecznikami.

Gdzie ja jestem? – myślę zdumiony, chcę zapytać kogoś, ale nie mogę. Nie mogę się podnieść, na twarzy mam „coś”, widzę fragment niebieskiej gumy, która ciśnie mnie w nos. Ciężko mi nabrać powietrze. Ktoś się nade mną nachyla. Widzę siebie z rurką intubacyjną w dłoni.

– Muszę pana zaintubować – słyszę swój głos.

Otwieram oczy, serce łomocze mi niesamowicie w klatce piersiowej. Znow leżę w swojej sypialni, wygląda, że spałem raptem kilkanaście minut. To tylko zły sen. Kurewsko zły sen...



Obraz z sali, ten z koszmaru sennego.
Fot. kolekcja własna

#piątek 11 grudnia

– Przetransportujesz pacjentkę na OIOM do Leniwca. Zaraz ustawię „toster” – informuje mnie Ada, pokazując niewielki czarny respirator transportowy.

Dziś ona zastępuje szefa, który zszedł z dyżuru. Transport do godziny piętnastej, kiedy wszyscy są w pracy, obstawiamy my, potem przejmuje SOR. W sumie poza krótkimi przejazdami karetką w obrębie szpitala jako lekarz zabezpieczający transport jeszcze nie jechałem. Owszem zdarzyło mi się być pacjentem w karetce, po nieco nieprzyjaznym powitaniu tubylców w szalikach klubowych w trakcie pewnej majówki w Krakowie, ale nie zawodowo.

Owo zdarzenie miało miejsce kilka lat temu – jeszcze na studiach. Utknęło w mojej pamięci, bo zostawiło pewien ślad w moim wyglądzie. A zaczęło się od paru piwek i dużego pączka...

– Chcę go! Jest taki wielki i czekoladowy... – mówi moja druga połówka, wpatrując się maślanym wzrokiem w olbrzymiego pączka oblanego czekoladą. Na policzkach miała wypieki. Wieczór spędzony ze znajomymi niepostrzeżenie przeszedł w noc. Wypiliśmy nieco zacnego kraftowego piwa i powoli wracaliśmy do hostelu. Kramiki na krakowskim rynku wciąż były otwarte i w jednym z nich wypatrzyła pączka.

– Mysza, jest przed północą. Naprawdę chcesz teraz tego wielkiego pączka?

– Tak! – prawie krzyczy z dziecięcym entuzjazmem.

Chwilę później pączek po prostu zniknął jej w pełnych szczęścia ustach. Ubrudziła czekoladą wargi i okolice oraz czubek noska. Jak małe dziecko. Spojrzałem na nią z rozczuleniem, to było nawet słodkie.

– Te, patrz, ubrudziła się jak świnia – pada komentarz jednego z przechodzących w kilkuosobowej grupie dresów.

Cóż normalny człowiek wie, kiedy warto walczyć, jest w stanie oszacować ryzyko i...

– Wypierdalaj! – warczy moja luba, pokazując środkowy palec.

Chyba wypiała „nieco za dużo” tego wieczoru. No tak, kobiety potrafią zaskoczyć człowieka w najbardziej nieoczekiwanym momencie. Zaś panowie w barwach klubowych natychmiast założyli wydobyte skądś chusty na twarz i oznajmili zgodnie z kodeksem ulicy:

– Kobiet nie bijemy, ale będzie wpierdol.

Gdyby chociaż moja ukochana na moją prośbę uciekła, a nie biegała wśród nich, rzucając mięsem, o które nigdy bym jej nie podejrzewał, może

udałoby się to jakoś załagodzić. W tej chwili mogłem tylko minimalizować straty i biernie chronić ważne organy. Po jednym z celniejszych uderzeń z główki mój nos wydał dźwięk łamanej gałęzi i położył się na bok policzka. Niewielki odłamek kości nosowej przebił mi skórę, czyniąc złamanie bardziej widowiskowym, a ja załamałem się czerwoną farbą.

Moja przyszła żona płakała, klęcząc przede mną, wciąż ubrudzona czekoladą. Ja siedziałem smętnie na chodniku, zamroczony ciosem, próbując zatamować krwawienie własnym rękawem, a chłopaki chyba uznali, że wystarczy, bo nawet jeden z nich podał mi okulary, które gdzieś w całym zamieszaniu mi spadły i powiedział tak po prostu:

– Miłego wieczoru...

Policja oczywiście umorzyła postępowanie. Mimo że był monitoring, uznali to za czyn o niskiej szkodliwości i nie wykryli sprawców. Lekarz na SOR-ze stwierdził, że miałem szczęście, bo teraz są wojny kiboli i mogli mi maczetą rękę uciąć – dwie już na chirurgii przyszywali.

#

Tym razem jechałem jako lekarz, żeby nadzorować transport zaintubowanej pacjentki na OIOM. Edek, ratownik i kierowca, sunął przez miasto tak, jakby płynął jachtem przez bardzo wzburzone morze. To był jego ocean, a on był kapitanem, wysokie fale przeszywał kilem, nie bacząc na spienione wody. Innymi słowy, odpalił koguta i zapierdalał, zakręty, światła, wszędzie miał pierwszeństwo, z którego korzystał. Zastanawiałem się, kto pierwszy zejdzie – pacjentka czy ja na zawał. Dojechaliśmy szybko, pocieszałem się, że w drodze powrotnej będzie wolniejszy przejazd – już bez sygnałów. W Leniwcu przekazaliśmy pacjentkę bez problemu, ale personel na izbie traktował nas jak trędowatych.

– O COVID-owcy idą... – Roznosiło się teatralnym szeptem i trzaskały drzwi.

Przecież wirus nie przenosi się jak zapach, ciągnąc za człowiekiem w kombinezonie. Kiedy wsiadaliśmy do karetki, już wyciągali żółwika do dezynfekcji. I zabronili stojącym przed wejściem pacjentom wejść, izba przyjęć będzie nieczynna przez co najmniej godzinę.

#niedziela 13 grudnia

Krwotok z nosa to przecież nic takiego. Każdy kiedyś go miał. Nie potrzeba w tym celu nawet jechać do Krakowa. To się po prostu zdarza, prawda? Często występuje u dzieci, mama wtedy każe pochylić się do przodu, lekko ucisnąć skrzydełka nosa, a na kark kładzie coś zimnego. To nic takiego, nic groźnego – to normalne.

Wyobraź sobie teraz, że krwawisz do maski od nieinwazyjnego respiratora, który tłoczy mieszankę drażniącego tlenu. Twoje wysuszone śluzówki dały wreszcie za wygraną i pieprznięło coś większego np. ulubieniec laryngologów splot Kiesselbacha, z którego chlusta jasnoczerwona tętnicza krew⁵⁶.

Z powodu COVID-a, dającego podwyższone ryzyko zakrzepowozatorowe, oraz migotania przedsionków przyjmujesz leki rozrzedzające krew. Po chwili cała maska i część rury doprowadzającej powietrze są wypełnione pienistoczerwoną krwią mieszającą się z tlenem... Krwawa, bulgocząca piana zalewa ci nos i wchodzi do ust, czujesz metaliczny posmak, a od uderzającego w nozdrza słodko-żelaznego zapachu chce ci się rzygać. Odruchowo przełykasz trochę śliny z krwią, ale to tylko pogarsza sprawę. Wymiotujesz tą niewielką ilością jedzenia, które udało ci się dzisiaj zjeść, wszystko jest pomieszane z krwią... To dzieje się w ciągu minut...

Wbiegam na salę po telefonie od pielęgniarki o krwotoku z nosa. Nie mogę tego zbagatelizować u pacjenta na NIV-ie. Jak zawsze wszystko dzieje się w nocy. Zakrwawiona maska od respiratora leży obok chorego, a ten stara się oddychać przez maskę z rezerwuarem; zresztą teraz też już zakrwawioną. Wygląda jak z horroru – od nosa w dół, usta, zęby, broda i szyja, jest zakrwawiony. Koszulka i pościel są w kropelkach rozproszonej pędem powietrza krwi, a gdzieś tam pojawiają się większe plamy. Chory przyciska ręką gaziki, próbując zatamować krwawienie, ale te błyskawicznie się przesączają.

Pan Zenon był już na NIV-ie z niedługimi przerwami ponad 10 dni, całe szczęście udało się schodzić u niego z procentowej ilości tlenu w mieszaninie oraz z ciśnień, inaczej nie utrzymałby saturacji na w miarę zadowalającym poziomie przy masce z rezerwuarem, teraz 85% musi mu wystarczyć.

– Zrobimy przymoczek z adrenaliny, podamy Exacyl i Cycloaminę. Mamy jakiś spongostan czy coś? – pytam pielęgniarki.

– Raczej nie... – odpowiada, nasączając gaziki adrenaliną.

Mam nadzieję, że po upchaniu do nosa obkurczą nieco naczynia tętnicze. Pacjent wciąż musi dostawać dużą ilość tlenu, a krwotok uniemożliwia założenie NIV-a. Pół godziny później krwawienie wciąż nie ustało. Trzeba założyć tamponadę przednią i tylną. Osoba, która to potrafi, znajduje się kilkadziesiąt kilometrów dalej. Ani nasz SOR, ani chirurg nie założą teraz tamponady tylnej.

Najbliższy oddział laryngologiczny w Leniwcu jest zamknięty z powodu ogniska COVID-a u pracowników. Chory pojedzie do szpitala w Ząbczycach. W całym województwie nie ma COVID-owej laryngologii. Dyżurny obiecał, że włoży kombinezon i założy obie tamponady w karetce, a pacjent do nas wróci. Cieszę się, bo stracił sporo krwi. Ile to się okaże w kontrolnej morfologii za dwanaście godzin.

Czekam na transport. Niby tylko krwotok z nosa, a tyle problemów, oby nie powstał krwiak i się nie nadkaził. Muszę sprawdzić, czy ma antybiotyki i w razie czego jakiś doł... – Rozmyślenia w drodze do dyżurki przerwał mi niecodzienny widok. Przejście zatarasowane było przez leżące w poprzek korytarza drzewo iglaste, które jakiś mężczyzna obrabiał małą siekierką przy końcu.

– Co to jest? – pytam zdezorientowany.

– Jak to co? Choinka przecież – rozlega się za moimi plecami głos pielęgniarki Heleny.

– Idą święta. Zobacz pan, mój Tomek najpiękniejsze drzewko znalazł. Miało być do salonu, ale nie – takie proste i ładne. Musi być na oddział.

– Helenka co roku z mężem przywozi i przystraja choinkę – mówi pani Ania.

– Ano trzeba, może trochę radości wniesie w tym smutnym jak... – Nie dowiedziałem się, jak bardzo jest smutny czas czy chodzi o budynek, choć podejrzewam, że pani Helenka w jakiś sposób przyrównałaby obraz budynku bez choinki w świątecznym czasie do żeńskich narządów płciowych. Zawsze trzyma się jej godna riposta, niczym Bolca opowiadającego o polskich raperach w „Chłopaki nie płaczą”. Przerwał nam telefon. – Transport będzie za piętnaście minut.

Trzy godziny później pacjent wrócił z wizyty u laryngologa, już nie krwawił z tamponadą zatykającą nos. Mogliśmy dalej prowadzić u niego wentylację nieinwazyjną.

Rano, kiedy wychodziłem z pracy, choinka stała już ubrana w holu i naprawdę nie był to byle jaki iglak. To było jedno z ładniejszych

świętecznych drzewek. Całość obwieszona kolorowymi bombkami, łańcuchami, mrugającymi lampkami i wreszcie suszonymi cytrusami, które pocięte w paski tworzyły bardzo ładne ozdoby. Znajdowała się tuż za rozsuwanymi drzwiami, za progiem naszego szpitala zakaźnego i miała to coś, co wprowadzało rodzinną atmosferę świąt. Przypominała w tej całej sterylności i „szpitalności” o świecie zewnętrznym i nadziei na to, że w końcu kiedyś „to” się skończy i wrócą normalne święta.

#wtorek 15 grudnia

W trakcie pandemii powinniśmy ograniczyć wszelkie niepotrzebne aktywności, co z tego, że zbliżają się święta czy Mikołaj. Nie! Trzeba to przecierpieć, aby za rok spędzić je w tym samym gronie. W Belgii po niefortunnej wizycie mężczyzny przebranego za Świętego Mikołaja w domu opieki stwierdzono ponad 100 zachorowań na koronawirusa...

#wtorek 22 grudnia

Dzisiaj po raz pierwszy od końca września poczuliśmy, że epidemia nieco osłabła. Może to wynik zbliżających się świąt i tego, że ludzie nie chcą przed Bożym Narodzeniem wylądować w szpitalu. W dwa dni wypisaliśmy sporo pacjentów. Niektórzy dojrzewali do tej decyzji przez 3–4 tygodnie, u innych poprawa następowała szybko, zmotywowani szansą na powrót do domu. Mamy też mniej zaintubowanych, wczoraj udało się przekazać dwóch na wolne miejsca w OIOM-ach, jednego do naszych anestezjologów, drugiego do Lwiej Góry. Po wypisaniu pacjentów do domu mimo nowych przyjęć pozostało nam siedem wolnych miejsc. To ulga zwłaszcza dla pielęgniarek, gdyż od początku drugiej fali pracowaliśmy nieustannie z pełnym obłożeniem. Obym tylko nie zapeszył.

W trakcie porannej wizyty zobaczyłem, że doktor Klaudia pomaga przejść pacjentce na wózek inwalidzki i wiezie ją w kierunku odcinka B, strefy dla pacjentów o lżejszym przebiegu lub stanie – niewymagających intensywnego nadzoru. Leży tam mąż pani Wandy, która wraz z tlenem jedzie na wózku, żeby go ostatni raz zobaczyć. Od kilku dni jego stan uległ pogorszeniu, organizm nadwątłony przez rozsiany proces nowotworowy został przytłoczony infekcją zabójczego wirusa. Bliscy nie mogą wejść na oddział COVID-owy, co innego jeśli się już na nim znajdują. Doktor

Klaudia umożliwiła pożegnanie małżonkom, a pani Wanda mogła trzymać choć przez krótką chwilę umierającego ukochanego za rękę. Gdy po południu poinformowaliśmy ją o zgonie, przyjęła to ze spokojem. Miała swoje ostatnie pożegnanie, to rzadkość w tych czasach.

Wczoraj na OIT pojechał inny młody pacjent, choć szanse jego są marne. Wydawał się względnie stabilny, o ile można tak mówić o pacjentach z COVID-em i pod respiratorem, po wstrząsie septycznym i z odmą. To raczej eufemizm, no ale ciśnienie trzymał.

Obawiam się jednak, że ta pozorna cisza i spokój są okiem cyklonu, który uderzy z całą siłą po świętach i Nowym Roku. Czy Polacy odpuszczą sobie Wigilię, a młodzi Sylwestra i będą się izolować? Myślę, że pik na wykresie zachorowań wtórny do okresu świątecznego nastąpi w pierwszych dwóch tygodniach stycznia. Jeszcze do nas nie dotarły szczepionki, a już raportowany jest nowy szczep o zwiększonej zakaźności w Wielkiej Brytanii. W niektórych regionach ten podtyp obejmuje już 10–20% nowych zakażeń – nic dziwnego szczepu z cechami umożliwiającymi większe rozpowszechnienie jak np. większa zakaźność, będą stawały się coraz bardziej dominujące. Co ze szczepionką? Nie wiadomo, jej skuteczność może być mniejsza, natomiast jak podają wirusolodzy tacy jak dr hab. nauk medycznych Tomasz Dzieciatkowski: „[...] szczepionki indukują wytworzenie przeciwciał przeciwko wielu regionom (epitopom) białka kolca, więc jest mało prawdopodobne, aby pojedyncza zmiana zmniejszyła znacząco ich skuteczność”.

Nie mamy informacji o tym, aby nowy wirus charakteryzował się większą śmiertelnością. Ja sam zaś najbardziej boję się, że zwiększona zakaźność znów sprawi zapchanie oddziałów, SOR-ów i naszego systemu ochrony zdrowia. Co z tymi, co przechorowali poprzedni typ, jak ja? Czy mogą zakazić się nowym? Nie wiadomo. Liczę na to, że nie albo że będzie to o wiele trudniejsze.

#

Dzisiaj szef wraz z oddziałową zorganizował wigilię. Wygłosił piękną i motywującą mowę, w trakcie której podziękował wszystkim za osobiste poświęcenia związane z ilością pracy podczas pandemii. Podkreślił też, jak dobre w skali kraju mamy wyniki. Podobno mówił wzniosłe i pięknie, tak mi przekazali ci, którzy mowę słyszeli. W tym czasie walczyłem

o podniesienie saturacji u mojego pacjenta na respiratorze. Po odsysaniu wydzieliny z dróg oddechowych oraz korekcie pozycji na łóżku gwałtownie zdesaturował, mimo podniesionych do praktycznie maksymalnych parametrów wentylacji mechanicznej. Miał też zatorowość płucną. Wykonywałem proces rekrutacji pęcherzyków płucnych, którego nauczyli mnie anestezjolodzy. W dużym skrócie polega to na przejściowym krótkim zwiększeniu ciśnienia w drogach oddechowych, które pozwoli pozyskać nieaktywne pęcherzyki płucne do wymiany gazowej. Po wszystkim i kilkuminutowej obserwacji, kiedy udało się podnieść saturację, zdążyłem na tę część pracowniczej wigilii, którą najbardziej lubię. Wyżerkę! Wchodząc do niewielkiego socjalnego, poczułem duch akademika i imprez, które się tam odbywały. Dawno nie widziałem tak dużo osób stłoczonych na tak małej powierzchni, co w dobie ograniczeń epidemiologicznych mogłoby budzić zdziwienie, gdyby nie fakt, że praktycznie cały personel COVID już przechorował. To co zdecydowanie odróżniało pokoiak od akademika, to ilość jedzenia – barszczyk, pierogi, śledzik, karp, uszka, grzybowa i najróżniejsze ciasta. Na imprezach, które pamiętam ze studiów, nigdy nie było tyle jedzenia. Ta miniwigilia, mimo niewielkiej ilości miejsca, była rodzinna, wszyscy uśmiechali się do siebie i życzyli sobie wesołych świąt. Miała to „coś”, co odróżniało ją od innych pracowniczych eventów. Atmosfera była szczerą i niewymuszoną. Ci ludzie przyszli tu, bo chcieli, a nie dlatego że był taki nakaz. Wszyscy tworzymy jeden, działający zespół, medyczny kolektyw, który ma wpływ na klimat tego miejsca.

#czwartek 24 grudnia

Wigilia – cudowny dzień w roku. Czas, kiedy oczekuje się na wspólną rodzinną kolację, zwierzęta mówią ludzkim głosem, a flaszkę można otworzyć dopiero, jak zaświeci pierwsza gwiazdka na niebie. Oczywiście nie u babci Jasi, gdzie na te dwie godziny zjeżdża cała najbliższa rodzina ze strony mojej żony, bo tam zawsze jest pobożnie i bezalkoholowo, ale za to w ciepłej i rodzinnej atmosferze. Potem spotykamy się w mniejszym gronie obejmującym moich rodziców i teściów, czasem dołączy do nas szwagierka z mężem i dziećmi. Tu jest zupełnie inaczej, zaraz po rozpakowaniu prezentów i dopychaniu brzuchów ostatnimi kąskami świątecznych potraw rozpoczynamy niekończące się rozmowy na tematy

wszelakie. W powietrzu wyczuwa się woń wybornej whisky, a dla miłośników lżejszych trunków nie zabraknie wytrawnego reńskiego wina. Trudno jest nie świętować, jak ma się tatę i teścia Adama, wszak Wigilia to jednocześnie ich imieniny. W tym roku jest inaczej, nie tylko z powodu obostrzeń pandemicznych. Dziś spędzę ten dzień razem z pacjentami i pracownikami na dyżurze w oddziale. Wigilię przełożymy sobie na jutro, choć to nie będzie to samo.

Cudów się nie spodziewam, grunt, żeby było spokojnie. Wydawało się, że epidemia przystopowała, bo mamy wolne miejsca. Ułuda i pobożne życzenia. Szef z Karolem przyjęli siedem nowych osób, do tego umarła jedna pacjentka. Śmierci akurat pani Krystyny się nie spodziewałem, była w ciężkim stanie i wymagała wentylacji nieinwazyjnej, ale nie typowałem jej do zatrzymania krążenia. Reanimowali ją przez półtorej godziny, stosowali nawet przezskórną stymulację serca i nic. Jedną z odwracalnych przyczyn zatrzymania krążenia jest hipoksja, czyli niedotlenienie, ale dotyczy zadławienia, uduszenia, utopienia. Przyczyny, w której odcięto nagle dostęp tlenu i potem go przywrócono. Jak ktoś jest skrajnie niewydolny oddechowo, nie da się tego procesu odwrócić. Dlatego jak dojdzie do zatrzymania, to reanimacja najczęściej się nie udaje albo udaje się przywrócić pracę serca na chwilę. Nie ma rezerwy, którą można by zmobilizować.

Na oddziale panował względny spokój, z nowych osób nikt nie był w ciężkim stanie, co do starych, cóż... Trzech chorych wentylowanych mechanicznie, każdemu może się pogorszyć błyskawicznie, kolejna czwórka na wentylacji nieinwazyjnej, dwóch właściwie wychodzi z niej i będziemy przestawiać ich na tlenoterapię na worku z rezerwuarem, a dwóch ma słabe rokowania. Pacjent, który notabene jest lekarzem, ma się źle. Całą twarz ma obrzękniętą, nie może otworzyć oczu i spojrzeć na mnie. Ma opuchnięte powieki, górne i dolne tak, że wyglądają jak dwie duże pomarańczowe landrynki. Nie widzi nic, ale współpracuje. Maskę, którą ma na twarzy, sprawiła bolesną odleżynę na kości nosowej, okrągła dziura z ziarninującą masą sięga prawie do kości i sączy. Robimy niewielkie opatrunki parafinowe, ale niewiele to daje. Nie możemy dać nic więcej, bo powstaje za duży przeciek i pacjent nie jest odpowiednio wentylowany, traci ciśnienie, o jakie nam chodzi w tej terapii. Maszyna jest prawie na maksymalnych ustawieniach. Od gumy uszczelniającej po paru dniach

tworzy się obrzęk tkanki podskórnej, chłonka z okolicy oczu nie ma jak odpływać i kumuluje się, tworząc mięciutką poduszeczkę.

– Kim pan jest? – pyta mnie pacjent.

– Lekarzem, jak się pan czuje? – Patrzę na wskazania monitora.

– Źle, jaką mam saturację?

– Dziewięćdziesiąt dwa procent.

– Chcę, żeby pan wiedział, że ja w pełni ufam panu ordynatorowi. Kiedy będzie? – dopytuje z nadzieją w głosie.

– Sądząc z grafiku, to po świętach – odpowiadam zgodnie z prawdą.

– Widzi pan, jak wyglądam? To już koniec. Rozmawiał pan z moją rodziną? – Głos mu drży i jest cały roztrzęsiony.

– Dzisiaj jeszcze nie. Niech pan się uspokoi, ma pan obrzęk twarzy, saturacja jest dobra, spróbujemy przejść na high-flow na parę godzin, może obrzęk nieco ustąpi.

Przyniosłem urządzenie i podłączyłem, zamiana trwała raptem 15–20 sekund, a spadek saturacji był praktycznie natychmiastowy do 70%.

Nie wygląda to dobrze... – pomyślałem, na przepływie 60 litrów czystego tlenu na minutę saturacja utrzymywała się na poziomie raptem 78–82%. To już piąty lub szósty dzień terapii, a poprawy nie ma. Pacjent karnie położył się na brzuchu i osiągnął po pewnym czasie 88% saturacji. Poziom ten mnie zadowalał, choć na chwilę odpocznie od maski, ale nie ulegało wątpliwości, że to chory, który może się w każdym momencie załamać.

– Dzieci z przedszkola życzą powrotu do zdrowia oraz dają prezenty – przekazuje opiekunka Bożenka.

Panu Michałowi leżącemu obok wręczyła pakuneczek i kartkę, a widząc stan mojego pacjenta, położyła prezenty na szafce. Byłem zaskoczony tą akcją i zmusiło mnie to do przemyśleń. W końcu ja dziś przyszedłem tu dobrowolnie, no dobrze, może nie prosiłem się o ten dyżur, ale ktoś go musiał wziąć. Natomiast wszyscy moi podopieczni nie mieli tego wyboru. Święta w szpitalu to szczególny czas, trudny dla pacjentów.

COVID-19 dotyka osób w różnym wieku, różnym zdrowiu, różnym wykształceniu, nie preferuje niczego poza osobistymi predyspozycjami. Czasem ścina z nóg ludzi dotychczas zdrowych i sprawia, że zmuszeni są oddychać przy pomocy tlenu. Przywiązani na długość przewodu z życiodajnym gazem nie mogą ruszyć się z łóżka, świadomi swojej niemocy. Innym razem dotyka ludzi schorowanych i niedołączonych. Ci bardziej „nowocześni” komunikują się z rodziną przez telefon czy internet.

Ci mniej, starszankowie z domów opieki społecznej, tęsknią samotnie, często oderwani od rzeczywistości nie rozumieją, dlaczego nikt z bliskich do nich nie przychodzi. W tym szczególnym dniu tęsknota i samotność doskwiera wszystkim ze zdwojoną mocą.

Dziś na moim wigilijnym dyżurze każdy z chorych otrzymał świąteczną kartkę z życzeniami oraz niewielką paczuszkę z upominkiem od przedszkolaka. Dla niektórych osób, zwłaszcza tych starszych, ten drobny świąteczny gest był niezwykle cennym wsparciem psychicznym.

Pan Fryderyk, jeden z chorych, nie współpracował. Kiedy przyjmowałem go do szpitala, był już w ciężkim stanie i wymagał dużo tlenu. Kilka dni wcześniej nie zgodził się, aby karetka zabrała go z domu. Bez tlenu stawał się po paru minutach siny i dyszał niczym parowóz. Dopiero 2 mg midazolamu podane dożylnie sprawiło, że przestał się siłować z nami i dał sobie podłączyć tlen. W tym stanie zagrażał swojemu życiu i zdrowiu. Bez przerwy próbował ściągać maskę tlenową z twarzy i dopiero po zastosowaniu płytkiej sedacji, tak żeby był spokojny, a jednocześnie mógł odpowiadać na pytania, udało się uzyskać pożądany efekt terapeutyczny. Po raz trzeci podjęliśmy próbę odstawienia NIV-a, dotychczas udawało się to zrobić nawet na cały dzień, przechodząc z powrotem na worek z rezerwuarem. Zobaczymy, na jak długo uda się tym razem. Na masce w maksymalnym przepływie osiąga 91%.

Zanim skończyliśmy obchód, wybiła piętnasta. Z pracowniczej wigilii – tej wtorkowej – nic nie zostało w lodówce, a nam burczało w brzuchach. Żadna pizzeria, ba żaden nawet lokal w naszym mieście już nie pracował. Pozostał więc telefon do jedynej znanej mi czynnej gastronomii...

– Mamo, przyniesiesz nam coś w wolnej chwili, bo nie mamy nic do jedzenia, a nie zdążyliśmy niczego zamówić. Dla doktor Ani też.

– Pierogi, barszcz z uszkami i ciasto? – pyta.

– Jesteś kochana, wiesz?

– Będę za dwie godziny, pojechaliśmy na cmentarz na groby moich rodziców.

– Jeszcze raz dziękuję! – odpowiam. – Cóż, może jednak poczuję nieco atmosferę tych świąt.

– Doktorze, córka pana Fryderyka chce porozmawiać, czeka w holu – informuje pielęgniarka.

– Panie doktorze, jak z tatą? – Ma przekrwione oczy, wypełnione pełnym nadziei spojrzeniem i resztką wypłakanych po drodze łez.

– Pan Fryderyk jest w stanie ciężkim, nadal nie współpracuje. Podjęliśmy dzisiaj trzecią już próbę odstawienia wentylacji nieinwazyjnej, ale bez tlenu saturacja błyskawicznie spada. Mimo że jest u nas już tyle dni, nie leczy się dobrze. Przykro mi... – Głos mi na chwilę zamarł. – Przykro mi, że nie mam lepszych wiadomości – dodaję.

W takich chwilach trudno powstrzymać jest emocje, zwłaszcza członkom rodziny, którzy nie mogą zobaczyć swoich bliskich. Czasem lepiej dać się im rozlać niczym wezbranej rzece, która uspokaja się dopiero jak rozleje się w szerokim korycie.

– Myśmy ich tak chronili! – zaczyna z płaczem. – Robiliśmy zakupy, załatwialiśmy sprawy, byleby się nie narażali... A oni zaprosili sobie gości na wieczór! Jeden wieczór! – Jej szloch rozlega się po holu. – Przepraszam, dwa dni temu odebrałam mamę ze szpitala w Leniwcu. Żyje, ale wymaga koncentratora tlenu, praktycznie całą dobę. A tato leży tutaj i jeszcze nie wiadomo... – mówi, osuszając chusteczką oczy. – A może przyszedłbym tu na wolontariat? Pomagałabym przy tacie i innych chorych?

Pozwoliłem wylać się tej fali frustracji, chciałbym mieć dla niej dobre informacje, ale nie mam.

– Robimy, co możemy dla pana Fryderyka. Na razie jego stan się nie pogarsza, miejmy nadzieję, że zacznie się poprawiać.

– Dziękuję... – odpowiada, łkając łzy. – Wesołych świąt...

– Wesołych świąt – powtarzam, zdając sobie sprawę, jak to głupio brzmi i, żałując, że nie ma w naszym języku odpowiednika, który umożliwiłby coś odpowiedzieć na życzenia świąteczne osobie, o której wiemy, że na pewno nie spędzi wesołych świąt. Niby to kwestia semantyki, ale co mam odpowiedzieć na takie zwyczajowe pozdrowienie? Nie wiem, chyba najlepiej by było odpowiedzieć życzeniami, tylko jakimi? Zdrowych i pogodnych? No pogodne z ojcem w szpitalu nie będą. Zdrowych i rodzinnych? Też nie, bo rodzina nie jest w komplecie. Zdrowych świąt? Głupio brzmi. Milczeć i wyjść na gbura? Też nie.

Wykręciłem numer komórki do przyjaciela, który mieszka płot w płot ze szpitalem.

– Skończyliście kolację? Może podejdiesz do płotu i połamemy się opłatkiem, złożymy sobie życzenia? – pytam.

– Jasne, teraz?

– Tak, tylko weź opłatek.

Płot stoi zaledwie pięć metrów od budynku tymczasowego szpitala. Połamaliśmy się opłatkami i złożyliśmy sobie życzenia. Z progu domu pomachała mi cała jego rodzina. Mama i brat z żoną. Przez chwilę zrobiło mi się ciepło i rodzinnie. Mimo że nie łączą nas więzy krwi, traktuję ich całą rodzinę jak swoją, a Staszek jest dla mnie jak brat. Ciocia Dorotka przekazała mi ciasto z wigilijnego stołu, które natychmiast wraz z doktor Anią pożaraliśmy w dyżurce. Paczka od mojej rodzicielki dotrze dopiero za chwilę, wcześniej jednak przyjadą pacjenci z SOR-u.

Przyjeliśmy do tej pory dwie osoby, obie w dość dobrym stanie, choć wymagały tlenu w niewielkich przepływach i miały sporo chorób współistniejących. Zjadaliśmy właśnie wigilijne pierogi i kończyliśmy konieczną do przyjęcia papierologię, kiedy do dyżurki wpadła pielęgniarka.

– Fryderyk się zatrzymał!

Zerwaliśmy się biegiem, porwałem jedynie moje fioletowe słuchawki lekarskie i maseczkę chirurgiczną. W takiej chwili liczą się sekundy. Gdy wpadłem na salę, pielęgniarki uciskały klatkę piersiową, w ciągu kilku kolejnych sekund potwierdziłem zatrzymanie krążenia i rozdzieliłem rolę w zespole.

– Przynieście lifepacka i wózek reanimacyjny, dajcie AMBU. Kiedy się zatrzymał?

– Nie wiem. Byłam 10 minut temu i z nim rozmawiałam, wróciłam zmierzyć cukier i nie oddychał.

Pacjent był monitorowany, a w trakcie oceny rytmu były widoczne zespoły QRS, ale nie było ani saturacji, ani wyczuwalnego oddechu lub tętna. Aktywność elektryczna bez tętna.

Doktor Ania zmieniła Roksanę uciskając klatkę piersiową. Sam zająłem się wentylacją i udrożnieniem dróg oddechowych. Beata odmierzała czas do podania kolejnej adrenaliny, Klaudia powiadomiła zespół reanimacyjny oraz podawała leki i potrzebne rzeczy z wózka reanimacyjnego.

– Laryngoskop, rurka osiem – decyduję się na próbę intubacji.

Na wszelki wypadek, gdyby pierwsze podejście się nie udało, miałem i-gel – specjalną maskę krtaniową z termoplastycznym żelem, który pod wpływem ciepła ciała sam doszczelnia wejście do krtani. Nie jest to tak dobre rozwiązanie jak intubacja, ale w razie niepowodzenia umożliwia całkiem dobrą wentylację. Zaletą tego typu sprzętu jest to, że jego użycie jest proste, dobiera się rozmiar do masy pacjenta i po prostu wkłada aż do

momentu wycucia oporu, linia górnych zębów powinna pokrywać się z narysowaną kreską na rurce.

Po włożeniu laryngoskopu moim oczom ukazało się wejście do krtani i umieściłem rurkę intubacyjną dokładnie tam, gdzie miała być, dopompowałem mankiet rurki i wciskając worek AMBU osłuchałem pacjenta. Brzuch nic, płuca symetrycznie.

– Mamy to!

Po mniej więcej piętnastu minutach przyszedł anestezjolog, właśnie kończyliśmy cykl RKO.

– Trzydzieści sekund do sprawdzenia i kolejnej adrenaliny – mówi pani Beata.

– O widzę, że jest zaintubowany – stwierdza doktor Król.

– No zaintubowałem, jest symetrycznie, nie wiedziałem, kiedy doktor będzie – tłumaczę. – Sprawdzamy? – pytam anestezjologa, przekazując mu kierowanie akcją, kiedy pętla RKO dobiegła końca.

– Chyba czuję tętno. Tak, jest – mamy ROSC. Macie respirator?

– Złożony i skalibrowany – mówię i przywożę czekającą na korytarzu Bellavistę.

Zawsze na początku dyżuru sprawdzam i kalibruję ten typ respiratora, później jego przygotowanie zabrałoby cenne minuty. Bardzo lubię akurat ten model, jest dla mnie najbardziej czytelny, choć większość anestezjologów woli starego Benetta z pokrętłem, a Bellavistę nazywają „cukierkową” ze względu na kolorowy design dotykowego wyświetlacza.

– Tryb BiLevel? – pytam.

– Tak.

Podaliśmy wstępne nastawy, które doktor Król nieco zmodyfikował. Przez tę pandemię wszedłem na grunt, który był wcześniej nieosiągalny, respirator nie jest już czymś, co mnie przeraża, umiem coraz więcej. Niemniej to wciąż tylko jedna jednostka chorobowa, a ustawień są setki. Wątpię, abym po pandemii zajmował się pacjentami pod respiratorem, ale zdobyte doświadczenie pozostanie. Będę mógł zaintubować pacjenta i podłączyć respirator, czekając, aż anestezjolog przyjdzie i weźmie go w swoje ręce

– Doktorze, trzeba założyć wkłucie centralne – stwierdzam.

Pacjent po zatrzymaniu krążenia „na respiratorze” wymaga szeregu leków, które podaje się do dużej żyły, centralnej. Magda i Klaudia zakładają

wkłucia centralne pod okiem naszego szefa, Karol też już to robił, ja nie miałem okazji, ale pewnie się w końcu nauczę.

– Chyba nic z niego nie będzie – oznajmia po kwadransie anestezjolog. – Mamy bradykardię oporną na atropinę, adrenalina leci w pompie i levonor, a on zwalnia. Zespoły QRS są szerokie i coraz rzadsze. Źrenice szerokie, niereagujące na światło. Ma zespół umierającego serca, nic nie zrobimy. Długo był „zatrzymany”, zanim zaczęliście?

– Nie wiem. Pielęgniarka rozmawiała z nim 10 minut wcześniej, jak wróciła, to było już NZK. Od razu podjęła akcję.

Mimo powrotu akcji serca, podłączenia do respiratora, podaży leków czterdzieści minut później stwierdziliśmy zgon w mechanizmie asystolii. Zadzwoiłem do córki pacjenta, aby powiadomić ją o zgonie taty. Od dzisiaj Wigilia będzie jej się kojarzyć z odejściem ojca. Czuję się potwornie, choć sama śmierć pana Fryderyka nie była straszna. To straszna była do niej droga – tydzień na wentylacji nieinwazyjnej, maska, której nie można zdjąć, a powoduje ranę na nosie. To uczucie, kiedy maszyna włącza powietrze do płuc. I ten wzrok, którym na nas patrzył. To był tydzień okropnej męki, kosztem czego? Szansy? W końcu i tak umarł, ale inni przeżyli. Przecież nie wiemy, komu się uda, a komu nie.

– SOR próbował się do was dodzwonić, mają kolejnych dodatnich – powiadamia nas pielęgniarka.

Wypiłem dwie szklanki wody i chwyciłem za telefon, jeszcze nie zdążyłem zrobić dokumentacji ostatniego przyjęcia, a już kolejne czekają. Dyżurowy standard. Doktor Ania swoje kończy, ale mi pozostał dodatkowo wypis epikryzy zgonowej i wystawienie karty zgonu. Całe szczęście, że pracujemy dwójkami, bo na tak ciężkim oddziale samemu byłoby dramatycznie.

– SOR, słucham. – Rozlega się stanowczy głos doktora Rambowicza. Dawno nie mieliśmy razem równoległego dyżuru.

– Oddzwaniam, co doktor dla nas ma?

– Dwie nastolatki dodatnie, wymagają tlenoterapii na worek i trzymają saturację – przekazuje, a ja zastanawiam się, znając poczucie humoru doktora, czy gdyby zsumować ich wiek to znałyby Napoleona?

– Mniej niż 200 czy więcej?

– Mniej, 96 i 89 lat.

– Poza COVID-em, niewydolnością nerek i wysokimi parametrami, wszystko jest w porządku? – potwierdzam, szybko przeglądając wyniki

w komputerze.

– Tak, w porządku.

– Proszę przekazywać.

Chwilę później dzwoni ponownie, tym razem na prywatną komórkę. Oho.. chyba przeczytał „Niewidzialny front”... Jednak nie, zadzwonił powiedzieć, że jedna z pacjentek miała tomografię głowy z powodu omdlenia, ale nie ma jeszcze opisu radiologa, choć w jego ocenie obraz jest adekwatny do wieku chorej, bez cech krwawienia czy udaru. Upewnił się, że wszystko jest, jak należy przed przekazaniem. Sam wcześniej podejrział tomografię i również nic niepokojącego nie zobaczyłem.

Jak zwykle większość lekarskiej pracy w Polsce to wypełnianie papierów. Na badanie pacjenta czasem wystarczy kilka minut. Na opisanie wszystkiego, wypełnienie wywiadu, badania przedmiotowego, rozpoznań, obserwacji, zleceń lekarskich i innych druków zazwyczaj potrzeba kilkadziesiąt minut. Jesteśmy zawałeni papierami, przebiurokratyzowani. Słyszałem, że w niektórych szpitalach lekarze muszą dodatkowo numerować historię chorób w zalecanej kolejności oraz grupować rozpoznania dla NFZ. U nas na szczęście to robią sekretarki medyczne, dopóki jednak nie uprości się dokumentacji albo nie zrozumie jak na zachodzie, że szkoda tracić czas lekarza na papierologię, którą może wykonać inna osoba, będzie dalej źle. W niektórych krajach lekarze nagrywają na bieżąco dane do dokumentacji na dyktafony, a sekretarki medyczne zajmują się ich porządkowaniem i przepisywaniem. Ktoś kiedyś policzył, że to się bardziej opłaca, np. u specjalistów zabiegowych, że po operacji nagrywa sprawozdanie z zabiegu dla sekretarki, a lekarz może dalej zajmować się tym, co najlepiej potrafi – leczeniem, a nie biurokracją. Poza tym niezwykle ważny jest również odpoczynek i normy pracy. *Work and life balance*, którego wyważenie wśród polskich lekarzy jest rzadkością.

Podczas strajku Porozumienia Rezydentów oglądałem wywiad ze specjalistą, który zapytany o to, jaki lekarz powinien go operować, taki, który ma 5 lat doświadczenia czy 20? Bo rezydenci to lekarze z małym bagażem doświadczeń. Doktor wybrnął wtedy po mistrzowsku i odpowiedział: „Wybrałbym tego, który nie jest zmęczony”.

#

Jeszcze umówione starszki nie przyjechały, kiedy rozległ się kolejny telefon z SOR-u, tym razem dzwoniło z części chirurgicznej.

– Dobry wieczór, doktorze. Mam pacjenta z dodatnim testem antygenowym, czy ten test wystarczy, żeby go przekazać, czy musimy czekać na PCR? – pyta doktor Wroniak z charakterystycznym wschodnim akcentem.

– A co jest choremu? Ile wymaga tlenu?

– Tlen ma na wąsy, ale przyjechał z powodu pogorszenia stanu ogólnego. Hemoglobina jest trochę niska, ale ma dwa nowotwory i coś ze szpikiem. No i smolisty stolec.

– Ile?

– 6,3⁵⁷.

– Krwawi mocno?

– No krwawi, ale on nie ma płytek.

– Nie ma? To znaczy ile ma?

– Zero⁵⁸.

– Cholera... Zrobiłeś grupę krwi?

– Tak, oznacza się.

– Biorę go. Ma TK klatki?

– Tak, ale COVID-a nie opisali, bardziej podejrzenie przerzutów.

– Nie ma na co czekać. Musimy go toczyć...

#

Kiedy zacząłem zbliżać się do sali, na której leżał nowo przyjęty pacjent, w moje nozdrza uderzyła nieprzyjemna, słodko-metaliczna woń. Po wejściu do pomieszczenia przykry zapach osiągnął apogeum, by delikatnie zelżeć w momencie, w którym zmysł węchu się zaczął przyzwyczajać. Kto raz poczuł fetor masywnego krwotoku z przewodu pokarmowego, będzie go rozpoznawać i pamiętać do końca życia. To ten zapach, którego wyobrażenie podsuwa mi umysł, kiedy czytając książki, natrafiam na fragment, w którym główny bohater ogląda miejsce jakiejś rzezi albo przechodzi przez świeże pole bitwy. Gryzący, słodko-metaliczny, zostawia nieprzyjemny posmak w ustach i wzbudza niepokój, reagując na nasze pierwotne instynkty, choć jest jedynie zapachem.

Chory leżał, czuł duszność. To nie jest dziwne, biorąc pod uwagę, jak mało miał krwi. Toczące się procesy nowotworowe same w sobie powodują

anemizację, do tego krwotok pogarsza jeszcze sytuację. Nogi, brzuch i ramiona miał usiane drobnymi petechiami – to niewielkie plamki wynaczynionej krwi, cechy skazy krwotocznej. Nie ma wcale płytek odpowiedzialnych za krzepnięcie, sączy krwią z przewodu pokarmowego, która miesza się z kałem, krwawi z licznych ran na głowie. Jedna z nich jest tak rozległa, że widać kawałek czaszki, to przewlekłe owrzodzenia w przebiegu raka płaskonabłonkowego skóry; krawędzie ran delikatnie wydzielają treść surowiczą z krwią. Nawet nie badam go per rectum⁵⁹, cały pampers, choć przed chwilą dziewczyny zmieniały go, jest wypełniony smolistą breją. Wygląda to źle, nie wiem, czy utrzymam go przy życiu z takim krwotokiem. Wszelkie interwencje chirurgiczne odpadają, bo pacjent nie ma krzepnięcia, ma szansę jedynie przy leczeniu zachowawczym. Poza tym prawdopodobnie nie ma jednego uchwytnego miejsca krwawienia, a podkrwawia z różnych miejsc w obrębie błony śluzowej.

Zamawiam krew, osocze i płytki – na cito, na ratunek życia. Podaję leki przeciwkrwotoczne, inhibitor pompy protonowej, czyli powszechnie dostępny lek na zgagę i wrzody we wlewie ciągłym. Ma on obniżyć kwasowość soku żołądkowego, tak by ewentualne nadżerki mogły się zagoić.

Nie dawałem mu wielkich szans, ale zarówno ja, jak i cały zespół walczył o niego. Po kolejnych przetoczeniach płytki wzrastały do tysiąca lub utrzymywały się na poziomie zera. Mechanizm, w którym pacjent utrzymuje taką małopłytkowość, może być różny, rozwinięty MDS z całkowitą supresją szpiku, destrukcja szpiku jako powikłanie chemioterapii, natychmiastowe zużywanie dostarczonych płytek do wykrzepiania w miejscu krwawień czy autoprzeciwiactwa niszczące zarówno własne, jak i dostarczane płytki, które potrafią wytworzyć się w trakcie procesu nowotworowego i wcześniejszych przetoczeń preparatów krwiopochodnych. Poza leczeniem przeciwkrwotocznym po opanowaniu ostrego krwotoku w kolejnych dniach dołączyliśmy sterydy, mające pobudzić szpik do produkcji własnych płytek. W końcu ich poziom zaczął stopniowo rosnąć, a pacjent w stanie dobrym jak na jego choroby współistniejące po miesiącu pobytu wyszedł do domu. Nie była to łatwa droga, przeżył u nas udar krwotoczny. Na szczęście jego następstwa zaczęły się szybko cofać. Twardy zawodnik, stara przedwojenna kuźnia niezniszczalnych ludzi. Przy tym wszystkim koronawirus potraktował go

zupełnie ulgowo, nie dając praktycznie żadnych objawów. Być może kluczem tu była skrajna małopłytkowość i to, że jego krew nie krzepła?

W ciągu miesiąca pobytu przetoczyliśmy mu tyle koncentratu krwinek czerwonych, osocza i płytek, że dwukrotnie wymieniliśmy całą krążącą w jego żyłach krew. Ale żyje i płytki na razie nie spadają. Medycyna jest niesamowita.

Była już za dziesięć trzecia w nocy, kiedy skończyłem wypełniać dokumenty nowo przyjętych, Ania położyła się pół godziny wcześniej. Pod powiekami wyczuwałem piasek, a zmęczone oczy były suche i zaczynały lekko łzawić. Na oddziale nie jest spokojnie, więc będę łapać każdą minutę snu. Przynajmniej taką mam nadzieję...

– Jeszcze raz, co się stało? – Nie rozumiem słów pielęgniarki. Elektroniczny zegarek na mojej ręce wskazuje trzecią trzydzieści siedem.

– Centrala monitorująca w „brudnym” zabiegowym się zepsuła, czy ma pan numer do jakiegoś informatyka?

– Ale i tak z niej nie korzystacie. Zawsze ktoś chodzi po salach i macie monitoring na strefie czystej – mówię nieprzytomnie.

– Ale alarmy wyją na salach. Po którego informatyka mam dzwonić?

– Nie wiem, ale jeśli ściągnie pani szpitalnego informatyka o trzeciej w nocy w Wigilię, to będę stać w drzwiach i bić brawo.

– To może po portiera zadzwonię?

– A co on zrobi? Przyjdzie i potrząśnie kluczami?

– No, ale te alarmy wyją.

– Wiem, wiem... Już idę – odpowiadam, zakładając medyczną bluzę.

Zbliżając się do strefy A, zaczęły docierać do mnie odgłosy alarmów. Faktycznie po wejściu na odcinek całość zlewała się w kakofonię dźwięków, pisał każdy z dwudziestu monitorów na salach. Kolejny nieprzewidywalny problem do rozwiązania. Komputer sterujący centralą był wyłączony, ale jego włączenie nic nie dało, pewnie działa jak rodzaj serwera do centrali. Nie mam ani umiejętności, ani dostępu, aby to naprawić. Przeszedłem się po salach. Nikt nie będzie spać w takich warunkach, same monitory zbierają parametry pacjentów, ale wszędzie wyje alarm „brak łączności z centralą”. Rozwiązaniem problemu okazało się ustawienie alarmów i wyłączenie tzw. alarmu technicznego na każdym z dwudziestu monitorów. Miały na szczęście dość intuicyjne menu.

– Udało się panu naprawić? – pyta pielęgniarka, kiedy wyszedłem już z odcinka.

– Tymczasowo centrali wciąż nie ma, ale przynajmniej jest cicho, trzeba zgłosić jutro awarię... Idę jeszcze na chwilę do siebie – odpowiadam zmęczonym głosem. Ten dzień dał mi mocno w kość.

Nie pamiętam, kiedy przyłożyłem głowę do poduszki, natychmiast ogarnęła mnie ciemność i niczym kochanka wzięła w swoje ramiona. Ułamek sekundy później kolejny raz świdrujący dźwięk telefonu rozdarł zasłonę błogiego niebytu.

– Ten doktor prosi lekarza, mówi, że będzie umierać... – oznajmia pielęgniarka przez telefon. Mój elektroniczny zegarek wskazywał tuż po piątej rano.

W sali leżał, oddychając niespokojnie na NIV-ie mężczyzna. Nie widział nic przez obrzęknięte oczy.

– Kto tam jest? – pyta słabym głosem.

– Jestem lekarzem.

– Powiadomił pan syna, że będę umierać? Bo ja umieram – mówi głosem, w którym strach mieszał się z rezygnacją. Wygląda na to, że stracił nadzieję.

– Rozmawiałem z nim, jest pan w ciężkim stanie, ale nie umiera – odpowiadam, choć w myślach dodałem „jeszcze...”.

Pacjent prezentował się strasznie, choć parametry miał wciąż stabilne. Obrzęknięta twarz i odleżyna na nosie musiały sprawiać mu olbrzymi dyskomfort i ból, ale ta maska musiała być szczelna, inaczej cały wysiłek w utrzymaniu dodatniego ciśnienia i zapobieganiu pęcherzykom płucnym od zapadania się poszedłby na marne. Nie mam czego już zwiększać, saturację ma taką samą jak wieczorem, tylko strasznie się boi. Strach pacjenta potęguje to, że jest lekarzem, i wie, jakie ma rokowania. Myślę, że lekarzom trudniej znosić ciężkie choroby, mają świadomość tego, co się dzieje w ich organizmie, oraz tego, co może się stać. Rano bez względu na to, czy znajdzie się dla pana doktora miejsce na OIOM-ie, czy nie, pójdzie „na rurę”. Na razie jeszcze odmawia.

Idę się przespać, choć do zaplanowanego budzika zostały już nie tyle godziny, co minuty. Przeklęty telefon, przecież dopiero co zamknąłem oczy, tym razem nie było to jednak złudzenie – minęło zaledwie siedemnaście minut. To wystarczająca chwila na regenerację, pod warunkiem że jest to tzn. energetyczna drzemka. Wtedy przywraca siły. Robiłem tak na studiach. W trakcie nauki do sesji i egzaminów miałem swój system. Cztery godziny snu ciągiem w nocy, a następnie nauka w interwałach dwugodzinnych

przerywanych 15–20-minutowymi drzemkami energetycznymi. Co druga drzemka była „superdrzemką energetyczną”, czyli przed zaśnięciem wypijałem ciepłą kawę duszkiem. Kofeina zaczyna działać po 10–15 minutach, więc budziłem się ze wspomagającym działaniem kawy. Odpoczynek nocny był konieczny, aby pobudzić mechanizmy pamięci długotrwałej, inaczej nauka bardzo szybko wyparowywałaby mi z głowy. Teraz było inaczej, cały dzień aktywności, stres, podniesione napięcie psychiczne i fizyczne związane z gotowością do działania, a także losowe interwały wybudzeń sprawiały, że na dzwonek telefonu reagowałem niczym pies Pawłowa, zrywając się odruchowo. Zaś odpoczynek nocny poszatkowany niczym kapusta do kiszenia – regeneracji nie dawał. Dzwonek służbowego aparatu u mnie, w przeciwieństwie do psów Pawłowa, gdzie chodziło o wydzielanie śliny, powodował przyśpieszenie pulsu i błyskawiczne przejście w stan pełnej gotowości. Dopóki nie odbierzesz, nie wiesz, czy to telefon o głupi paracetamol, czy alarmowy.

– Saturacja i ciśnienie chorego pod respiratorem spadają, powoli, ale sukcesywnie.

– Już idę – mówię. W najlepszym wypadku trzeba podkreślić aminy i nastawy maszyny, nie można jednak tego zbagatelizować, bo musi istnieć jakaś przyczyna spadku wartości. Dlatego pacjenta należy dokładnie zbadać. – Kurwa mać... Chyba strzeliło płuco... – rzuciłem, osłuchując mężczyznę.

Ośluchowo jedno z płuc było wyraźnie cichsze i nie była to kwestia umiejscowienia rurki intubacyjnej. Wciąż słyszałem to płuco, tylko ciszej, więc jeśli to odma, to jeszcze nie masywna i nie narastająca szybko. Dla pewności czekałem przy pacjencie z RTG wykonanym przyłózkowym aparatem, by w razie nagłego narośnięcia odmy rzucić się na niego z igłą odbarczającą. Tak się jednak nie stało i po potwierdzeniu radiologicznym mojego rozpoznania poprosiłem chirurga o założenie drenażu.



Pacjent wentylowany mechanicznie, z zajęciem 80–90% płuc przez COVID-19, objawiające się na zdjęciu „zabieleniem” miąższu płucnego. Z widoczną odmą prawostronną, w przeciwieństwie do przeciwnej strony widać, że miąższ płucny nie wypełnia całej klatki piersiowej i od jej brzegu występuje obszar bez miąższu, który zawiera powietrze.
Fot. kolekcja własna

W dyżurce czekali na mnie już zmiennicy. Uff... wreszcie koniec, zupełnie nie czuję tego świątecznego dnia.

W piątek padłem w domu i spałem przez kilka godzin bez przerwy. Nie obudziły mnie nawet córki – skacząca po mnie starsza ani ciągnąca za włosy młodsza. Wstałem grubo po trzynastej, a w zasadzie zostałem obudzony. Żona uznała, że dość już tego spania, zwłaszcza że dziś obchodzimy wigilię. Nie mogliśmy tego zrobić przecież wczoraj i jesteśmy na piętnastą umówieni u moich rodziców. Pierwszym patologicznym oczywiście odruchem, który towarzyszy nie tylko każdemu pracoholikowi, ale większości ludzi w tym z informatyzowanym świecie było sięgnięcie po telefon. To zabawne, każdy z nas codziennie w rękę trzyma urządzenie dające dostęp do całej wiedzy ludzkości, a używamy je do oglądania durnych obrazków czy zdjęć śmiesznych kotów. Spojrzałem najpierw na

listę połączeń i, o dziwo, nie słyszałem wibrującej kilkakrotnie komórki od mamy, co znając ją, było długim i energicznym dzwonieniem. Moją uwagę natomiast przykuła jednak ikonka wiadomości na WhatsAppie, napisała do mnie Ania, moja towarzyszką minionego dyżuru i obecna dyżurna... W te święta miała 48 godzin dyżuru.

– Co?! – chyba rzuciłem dość głośno, bo z korytarza do sypialni zajrzała żona.

– Znowu ślęczysz w komórce? Co się stało? – pyta zaniepokojona, kiedy widzi moją minę.

– Umarł jeden z naszych pacjentów... Nie spodziewałem się – odpowiadam po chwili, jednocześnie pisząc do koleżanki: „Jak to się stało?”.

Po chwili przyszła odpowiedź.

„Nie wiem. Na porannym obchodzie był dobry. A chwilę później nagle się zatrzymał, przy pielęgniarce. Ściągnął maskę z tlenem, chrząknął i posiniał. Reanimowaliśmy go godzinę i nic”.

„U nas przecież był naprawdę fajny, nawet odleżyna na nosie po NIV-ie zaczęła mu się goić, odkąd maskę z rezerwuarem zakładał na większość dnia”.

„Wiem, szkoda go”.

„Szkoda”.

Nie wierzył w COVID.

„O przyjęłście kolejnego covidka?” – żartował, mając jeszcze wąsy tlenowe. Pewny siebie młody, wysportowany, na nic nie chorował, był lekko po pięćdziesiątce, z dziwnym poczuciem humoru. To ten typ człowieka, który opowiada różne żarty i z nudów próbuje cię rozbawić. A potem choroba go przygniotła i odebrała siły, zabierając też jego poczucie humoru i pożerając płuca. Dała mu coś w zamian, dała mu... Strach. Wesołe iskielki psotnika, jakie miał na początku w oczach, zastąpiło załęcznione spojrzenie. Choroba go złamała i o ile na początku ściągał tlen i momentami nie chciał współpracować, to, kiedy założyliśmy mu maskę od nieinwazyjnego respiratora, która niczym facehugger⁶⁰ objęła jego nos i usta, podając tlen pod zwiększonym ciśnieniem, już nie protestował. Nie było żartów, była walka o każdy oddech. A każdy dzień, w którym nastawy maszyny nie zwiększały się – był sukcesem. Rana na nosie mimo opatrunków parafinowych i leków przeciwbólowych sączyła i bolała. Posiłki, których w pewnym momencie nie mógł spożywać, zamieniane były

na pojedyncze kęsy, które żuło się łapiąc powietrze i przełykając z bólem przez suche od czystego tlenu gardło. Nawet picie, mimo płynów podawanych dożylnie, choć na tyle, aby zwilżyć wysychające momentalnie usta wymagało wsadzenia pod gumę od NIV-a niewielkiej rurki, tak aby jak najmniej rozszczelnić maskę. Trzeba było, walcząc, mimo wysiłku oddechowego i łapczywego nabierania porcji powietrza próbować zasysać niewielkie łyżki, pomagając sobie naciskaniem ręką tłoka dużej strzykawki. A chodziło przecież nie o zaspokojenie potrzeb organizmu na płyn, a nawilżenie choć trochę ust i gardła. Wreszcie chory zaczął się poprawiać i nadszedł czas, kiedy ustawione parametry maszyny można było zmniejszać, a zamiast trzymać maskę ręką przy twarzy i dociskać ją, żując pojedyncze kęsy posiłku, można było przejść na paręnaście minut, a następnie kilka godzin na maskę z rezerwuarem. Przeszedł przez to i co... umarł. Nikt nie wie dlaczego. Po prostu umarł. Nagle. Zatrzymał się w towarzystwie pielęgniarek, z lekarzami tuż obok. Na sali intensywnego nadzoru z najlepszym sprzętem, jaki mamy. I nic to nie dało. Tak jakby oszukał przeznaczenie, tylko na chwilę, a „to” się o niego upomniało.

– Za dużo myślisz o pracy. Spędź trochę czasu z rodziną! Idziemy zaraz na wigilię – przypomina moja żona, gdy zasepiony wpatruję się w odpowiedź doktor Ani.

– Tak, tak – odpowiadam i odkładam telefon, idąc do łazienki.

– Chcesz o tym pogadać? O tym pacjencie? – pyta żona z czułością w głosie.

– Nie Myszol, po prostu mnie zaskoczył i miałem ciężki dyżur.

Kiedy po wydaniu „Niewidzialnego frontu” w krótkiej rozmowie w Dzień Dobry TVN redaktor zapytała mnie, czy mamy pomoc psychologiczną, odpowiedziałem wymijająco „Mamy siebie nawzajem”. I taka jest prawda, nie potrafię opowiedzieć żonie czy przyjaciółom o tym, co czuję, bo zrozumieć mnie może tylko inna osoba, która siedzi w tym bagnie, wypełnionym strachem, śmiercią i cierpieniem. I mimo że z większością zespołu mam kontakty jedynie zawodowe, czuję, że oni rozumieją mnie o wiele bardziej. Nie muszę im nic mówić, oni po prostu przechodzą przez to samo. Jak zatem powiedzieć o tym bliskim? Być może dla mnie to właśnie książka jest takim sposobem, próbą wyjawienia uczuć i emocji, moją terapią.

W ciągu ostatnich dwóch tygodni grudnia brałem udział w większej ilości reanimacji niż przez cały 2019 rok. W większości z nich na koniec

stwierdzałem zgon, żaden z wyreanimowanych pacjentów nie przeżył późniejszej respiratoroterapii...

#

Pod choinkę dostałem śpiwór. Mój wymarzony prezent, dzięki niemu będę mógł uciąć sobie drzemkę bez ścielenia łóżka w dyżurce.

#niedziela 27 grudnia

Dzisiaj zaszczepiono pierwszą osobę w Polsce przeciwko COVID-19. Była to pielęgniarka Alicja Jakubowska ze szpitala CKS MSWiA w Warszawie. Tym samym szczepionka Pfizera dotarła do nas. Mam tylko nadzieję, że to będzie początek końca dominacji koronawirusa w oddziałach szpitalnych.

#

Nienawidzę się spóźniać, zdarza mi się to od czasu szkoły podstawowej – za blisko mieszkalem. Kiedy na studiach dojeżdżałem 50 minut na uczelnię, to zawsze byłem na czas, a jak minut było 7, to docierałem na ostatnią chwilę. Na swoje usprawiedliwienie dodam, że dzisiejsza noc była ciężka. Zuzia wielokrotnie wstawiała, aż ostatecznie wylądowała w naszym łóżku. Ania płakała za piersią mamy, z której urządziła sobie nocny bufet i smoczek na zmianę. Rano, jak to młodzi rodzice, byliśmy nieprzytomni, a dzieciaki spały sobie w najlepsze. Zemszczę się, jak będą nastolatkami, z lubością będę je budzić do szkoły wraz z pierwszym budzikiem, ale na to przyjdzie czas za parę lat.

Spóźniłem się sześć minut i już byłem gotów za to serdecznie przeprosić moje koleżanki, gdyby nie fakt, że w gabinecie szefa, w którym prowadzimy poranne odprawy, nikt na mnie nie czekał. Na podłodze leżały w nieładzie dwie pary czarnych szpilek, jedno z całkiem pokaznym zalotnym obcasem, na kanapie zaś zobaczyłem kurtkę, rzuconą jakby w pośpiechu. Burdel niczym z komedii romantycznych, brakowało jedynie płatków róż prowadzących do sypialni... Tylko tu rzeczy ewidentnie należały do dwóch kobiet. Zanim wyobraźnia wskoczyła na wyższy poziom abstrakcji, stwierdziłem, że musiała nastąpić pilna interwencja. Rzut okiem na kamery w punkcie pielęgniarskim uwidocznili prowadzoną akcję

reanimacyjną. Przebrałem się najszybciej, jak mogłem, i dołączyłem do zespołu. Doktor Klaudia uciskająca klatkę piersiową pacjenta była ubrana w gustowną czarną sukienkę. Widocznie przebrała się już z roboczych ciuzzków i miała właśnie zdawać raport, kiedy to się wydarzyło. Tylko buty zostały robocze.

– O której zatrzymanie? Mechanizm? – pytam.

– Dwie minuty przed dziewiątą, PEA.

– Daj, zmienię cię.

Był i anestezjolog, wcześniej doktor Klaudia udrożniła drogi oddechowe przy pomocy i-gela – żelowej maski krtaniowej, a anestezjolog zaintubował. Akcję prowadziliśmy ponad godzinę, nadaremno. Nie stary gość, 71 lat, ale w dobrej formie. Pewnie zabiły go choroby współistniejące. Gównie prawda, dwa dni temu jeszcze sobie na wieczornej wizycie żartowaliśmy. Miał nadciśnienie na dwie tabletki i cukrzycę leczoną metforminą⁶¹. Mógłby sobie spokojnie pożyć i bawić dalej wnuki.

Znowu operujemy na praktycznie pełnym oddziale, śmierć pacjenta stworzyła nam dodatkowe miejsce, ale na tę chwilę możemy przyjąć maksymalnie trzy osoby.

– To łóżko jest pechowe... – stwierdza doktor Magda. – Ostatnie trzy osoby, które na nim leżały, umarły.

– No niby tak, choć nie wierzę w takie rzeczy.

– Ja też nie, ale jest pechowe. Nie kładźmy tam nikogo dzisiaj.

Zdążyliśmy raptem skończyć obchód i sprawdzić parę kart zleceń pacjentów, kiedy na korytarzu rozległy się szybkie i głośne kroki. Ktoś biegł stanowczo za szybko.

Wzrokiem poszukałem słuchawek, aby chwycić je szybko w garść.

– Zatoński, zatrzymanie!

Pierwsza do sali wpadła doktor Magda, ja pobiegłem po wózek reanimacyjny, który stał na korytarzu. Zatrzymanie niespełna minutę temu. Na korytarzu obok sali młoda pielęgniarka niosła leki, kiedy zawył alarm monitora – asystolia. Karina od razu poprosiła o pomoc i zaczęła uciskać klatkę piersiową. Lubię ją, to taki nasz nowy nabytek po przejściowo zamkniętym oddziale zakaźnym. Polubiła pracę u nas i tę adrenalinę, jaką daje ostra akcja. Więc raz bierze dyżur tu, a raz w sanatorium, jak sama nazywa oddział zakaźny. Mamy więcej pacjentów na respiratorach i NIV-ach niż oni wszystkich w ogóle.

Złożyłem laryngoskop i rzuciłem doktor Magdzie wraz z rurką ósemką. W ciągu krótkiej parosekundowej przerwy w uciskaniu klatki zaintubowała chorego. Zmieniam Karinę i uciskam dalej klatkę piersiową. Ma zdecydowanie większą podatność niż normalnie, mostek musiał pójść w strzępy już wcześniej, ale zupełnie się tym nie przejmuję. Najważniejsze jest uzyskać wysokiej jakości uciśnięcia. Po niespełna siedmiu minutach reanimacji i trzech pętlach RKO w trakcie oceny rytmu poczułem upragnioną falę tętna uderzającą w opuszki palców uciskających miejsce, gdzie powinna być tętnica udowa.

– Mam puls.

– Ja na szyjnej też – potwierdza doktor Magda.

Przytargałem respirator i zdążyłem go skalibrować oraz wstępnie ustawić, kiedy dotarł anesteziolog.

– No teraz potrzebne jest już tylko wklucie centralne – mówi koleżanka z uśmiechem na twarzy.

U pacjentów, u których dochodzi do zatrzymania serca w przebiegu COVID, nie udaje się uzyskać powrotu krążenia, bo nie jesteśmy w stanie cofnąć hipoksji. Tu mimo COVID-a pacjent najwyraźniej dodatkowo się zakrztusił. W trakcie reanimacji odessaliśmy sporo pokarmowej wydzieliny z dróg oddechowych. Być może dlatego usunięcie nagłej przyczyny hipoksji spowodowało, że udało nam się go tak szybko wyreanimować, bo na NIV-ie trzymał całkiem przyzwoite parametry oddechowe mimo 90% zajętych płuc. Kontrolne zdjęcie RTG po założeniu wkłucia centralnego rozwiało moje wątpliwości, wątpię, aby ten pacjent miał jakiegokolwiek szanse na przeżycie hospitalizacji. Płuco na zdjęciu wygląda jakby wypełniał je śnieg zmieszany z maleńkimi drobkami sadzy. Jest tak białe, że zatarcia na zdjęciu ulegają struktury kostne żeber.



W prawidłowym RTG klatki miąższ płuc jest wyraźnie „ciemniejszy” od struktur kostnych.

Tu, z COVID-em obejmującym praktycznie całe płuca, nie widać zdrowej tkanki.
Fot. kolekcja własna

Dalsza część dnia upływała w monotonnej pracy przerywanej zapewnianiem ostatnich miejsc na oddziale. Tuż przed godziną siódmą wieczorem zawitała do nas doktor Ada wraz ze skrzypcami. Postanowiła wnieść nieco otuchy pacjentom. Przyjechała w wolnym czasie, aby dać im namiastkę kolędowania i atmosfery świąt. Przespacerowała się między salami, wygrywając na skrzypcach kolędy. Akurat zdążyłem na „Lulajże Jezuniu”, kiedy przyszedł anestezjolog do pogarszającego się pacjenta, żeby założyć wkłucie centralne.

- Fajnie tu macie – stwierdził.
- Tak, tylko w święta.
- Z czym jest pacjent? – pyta doktor Król.
- A to taki nasz świąteczny prezencik od SOR-u – odpowiadam, streszczając medyczne dane. Koleżanka opowiadała mi, jak wjechał im na dyżurze taki cukiereczek⁶² zawinięty w folię. Pewnie dlatego, żeby robactwo się nie rozpełzło.

Pacjent wyglądał o wiele lepiej niż przy przyjęciu, widoczne larwy owadów zostały usunięte, co do gnid i wszy nie dało się jeszcze z nimi poradzić ze względu na jego stan. Totalne combo internistyczno-chirurgiczno-sorowskie: wszawica, larwy much, COVID, odmrożenia, początkowo hipotermia, a teraz do tego zawał i rabdomioliza z hipotonią. Zdyskwalifikowany od inwazyjnego postępowania kardiologicznego, z zaleconym leczeniem zachowawczym. Jest już ogrzany, z zawałem sobie poradzimy zachowawczo albo przeżyje, albo nie, ale rabdomioliza. Jego mięśnie z powodów toksycznych, wychłodzenia i długiego leżenia rozpadają się, zatruwając cały organizm. W chwili obecnej gwałtownie narasta niewydolność nerek, uszkodzenie wątroby, kwasica metaboliczna i oddechowa. Nie ma z nim żadnego kontaktu. Nie utrzymuje ciśnienia tętniczego, powoli umiera, choć jest to śmierć odłożona w czasie, której nie możemy zaradzić.

– Pan NN, nie wiemy, kim jest, został znaleziony przymarznięty gdzieś pod krzaczkiem i przewieziony na SOR, a że COVID ma dodatni, to wylądował u nas, choć z tego, co mówił „sorowiec”, to wyglądało no to, że zaraz umrze, ale leczymy go, jak tylko możemy... – mówię zgodnie z prawdą.

– Raczej nic z niego nie będzie. Jemu też kolędy zagracie? – pyta nieco sarkastycznie kolega.

– Doktor Ada nie odpuści nikomu – odpowiadam z uśmiechem, słysząc wesołe brzmienie skrzypiec dobiegające z sali obok.

Chwilę później koncert się zakończył, a koleżanka zaczęła się zbierać do domu, żeby wykapać dzieciaki. Wniosła nieco radości w ten jakże smutny i depresyjny oddział.

#środa 30 grudnia

Ten dzień nie byłby wart zapisania w dzienniku. Nic takiego szczególnego się nie działo na oddziale, za to poza nim tak.

– No i ten ginekolog od nas, co miałyśmy go przyjąć, nie przyjechał – kontynuowała poranny raport doktor Ania.

– Nie przyjechał, bo umarł – dopowiedział smutno szef.

– CO!?! – wyrwało nam się mimowolnie.

– Zatrzymał się w domu. – Słowa ordynatora odbiły się głucho od ścian.

Zmarł jeden z naszych kolegów... Wszyscy w sali milczą wstrząśnięci.

– Kto? Jak? – pytaliśmy, choć słowa ciężko przechodziły przez gardło.

– Doktor Skowron...

– No, ale mówiłeś wczoraj, że jego stan nie jest taki zły. Myślałam, że nie przyjechał, bo stwierdził, że nie chce leżeć w szpitalu... Miał podobno dobrą saturację... – mówi doktor Ania.

– I miał. Z tego, co wiem, chorował już osiem dni i nie chciał się wcześniej kłaść do szpitala. Zadzwoił do koleżanki z pracy, że się źle czuje, a żona pielęgniarka nie może mu się wkłuć w żyły, żeby podać kroplówki. Więc pani doktor wraz z pielęgniarką ubrały się w kombinezony i po pracy pojechały do niego. Miał dobrą saturację, w granicach 95–96%, ale źle wyglądał. Nawet pogotowie nie chciało przyjechać, słysząc, jaką ma saturację. Dyrektor wysłał naszą transportówkę po niego, a on po prostu się zatrzymał, nagle. Reanimowali go bez efektu.

– To straszne... Pewnie poszedł zator. – Doktor Barbara przerwała ciszę po wypowiedzi szefa.

– Prawdopodobnie już się tego nie dowiemy.

Nie wyobrażam sobie, jak strasznie psychicznie obciążające musi być reanimowanie kogoś bliskiego, przyjaciela czy członka rodziny. Nie chciałbym tego nigdy przeżyć. Dla mnie psychicznie obciążające było już reanimowanie ojca mojego kolegi, człowieka, którego wcześniej nawet nie znałem. Nie potrafię sobie wyobrazić, co można czuć, kiedy pod rękoma uciskającymi klatkę piersiową ucieka życie przyjaciela, a każda seria uciśnień jest modlitwą do wszystkich świętych, aby wreszcie zaskoczył. Do tego ta bezsilność i brak sprzętu w trakcie akcji w domu, przy rodzinie. To przecież nie był zespół z wezwanej wcześniej karetki, a koledzy z pracy, którzy przyjechali pomóc.

Sama wiadomość o tym, że zmarł doktor Skowron mną wstrząsnęła. Miałem przyjemność poznać go osobiście i w trakcie stażu z ginekologii uczyć się pod jego okiem podstaw tej pięknej gałęzi medycyny. Pamiętam go jako niezbyt wysokiego, zawsze serdecznego, siwowłosego mężczyznę, który zarówno do mnie, jak i do pacjentek podchodził z dużą cierpliwością, empatią i pozytywną energią. Jego głos i wypowiedane z rozwagą słowa sprawiały wrażenie, jakby tłumili negatywne emocje, które towarzyszą temu bądź co bądź traumatycznemu dla kobiety przejściu, jakim jest poród. Wiem to z autopsji, bo mieliśmy ten zaszczyt, że to właśnie doktor Skowron odbierał poród mojej pierwszej córki, Zuzi. A nie był to poród łatwy, druga faza związana z parciem przeciągała się niemiłosiernie,

dochodząc do dwóch godzin. Pod koniec, kiedy główka dziecka praktycznie była widoczna, wahało się tętno.

– Teraz albo nigdy, przyj na skurczu z całych sił – krzyknął doktor Skowron. – Jeszcze, jeszcze, jeszcze... Trzymaj – instruował w krytycznym momencie, pomagając Angeli starym, ale niekiedy niezwykle pomocnym chwytem Kristellera, dokończyć poród. – Stój teraz! Nie przyj – wydawał polecenia matce, wydobywając barki dziecka.

Wreszcie się udało wydostać Zuzię na świat. Mało brakowało, a skończyłoby się cesarką...

Kiedy pierwszy raz zobaczyłem moją Zuzię, wzruszyłem się. Nie byłem w stanie przeciąć pępowiny, bo tak mi się ręce trzęsły. Zrobiła to położna.

Mówi się, że nowo narodzone dziecko jest piękne. Obiektywie to nieprawda, Zuzia była cała wymazana w wodach płodowych i śluzie, była sinawa i przysła na świat z rykiem, gwałtownie łapiąc pierwsze hausty powietrza. Miała spore przodogłowie i obrzęknięte tak powieki, że nie była w stanie otworzyć oczu. Wąskie szparki na chwilę rozwarły się pod naciskiem palców położnej, aby wykonać zabieg Credégo. Ale dla nas ta mała istota w tym momencie była najpiękniejszą i najważniejszą osobą na świecie. Nic więcej się nie liczyło. Zostaliśmy wtedy pierwszy raz rodzicami. Byliśmy niedoświadczeni, bojący się złapać to kruche ciało.

– Mama, przystaw małą do piersi – powiedział doktor Skowron.

– Ale jak? Nie umiem – odpowiedziała przestraszona Angela.

Położna szybko ją poinstruowała i wręcz wetknęła sutek przestraszonej pacjentki do ust tego małego głodomora.

– No kangurujcie się. Jak nie będziesz mieć pokarmu teraz, to się nie martw. Trochę stymulacji i się pojawi. Dopiero co wyszła z brzuszka, nie jest głodna, potrzebuje bliskości – powiedziała równie ciepło i serdecznie położna.

– No to musisz jeszcze urodzić łożysko – powiedział doktor Skowron.

– Co? Mam coś jeszcze rodzić? – odpowiedziała zdezorientowana pacjentka.

– Spokojnie, skup się na karmieniu, a my zajmiemy się resztą. Twoje ciało wie, co robić.

Od tego czasu minęły 3 lata, a teraz tego wspaniałego człowieka, któremu zawdzięczam życie i zdrowie dwóch najważniejszych osób w moim życiu, nie ma. Odszedł, miał tylko 60 lat. Tylko po co Bogu w niebie ginekolog? Chyba że potrzebował mieć wśród swoich kolejnego dobrego człowieka.

Po tym jak dowiedzieliśmy się o śmierci kolegi, wszyscy zapisaliśmy się na listę szczepień. O ile wcześniej rozmawialiśmy o tym, że jako ozdrowieńcy mamy kilkumiesięczną ochronę, to się wstrzymamy i zobaczymy. Jak nam się nie spieszyło, to teraz wszyscy, którzy mogli, się zapisali. Szczepimy się w przyszłym tygodniu.

[51](#) ang. *Advanced Life Support* – w dosłownym tłumaczeniu zaawansowane podtrzymywanie życia.

[52](#) Resuscytacja krążeniowo-oddechowa.

[53](#) Ma spory ładunek sodu i zdecydowanie za dużo chlorków.

[54](#) Substancją czynną jest tu argipresyna, to sztucznie wytwarzana substancja odpowiadająca naturalnemu hormonowi – wazopresynie. Reguluje on gospodarkę wodną organizmu i zmniejsza wydalanie moczu. Stosowana we wstrząsie septycznym, opornym na działanie amin katecholowych.

[55](#) Zwiększona liczba oddechów. Norma u człowieka to 12–16 na minutę, tu było ponad 40.

[56](#) 90% krwawień z nosa pochodzi ze splotu Kiesselbacha, to miejsce zespoleń kilku tętnic w obszarze przednio dolnej części przegrody nosowej.

[57](#) 6,3 g/dl to bardzo mało. Norma dla mężczyzn to 14–18 g/dl.

[58](#) Norma dla płytek krwi to 150–385 tysięcy.

[59](#) Łac. *per rectum* – przez odbył, badanie fizykalne polegające na włożeniu palca do odbytu w celu oceny krwawienia czy badania prostaty.

[60](#) Postać inwazyjna Ksenomorfa z filmu Ridleya Scotta „Obcy ósmy pasażer Nostromo”, która po wykluciu z jaja szukała żywiciela, przywierając ściśle do jego twarzy, paraliżując go i oddychając za niego w celu złożenia larwy w organizmie. Dosłowne tłumaczenie odpowiadałoby nazwie twarzołap.

[61](#) Metformina jest jednym z najpopularniejszych leków przeciwcukrzycowych. To lek pierwszego rzutu.

[62](#) W dialekcie ratowników cukiereczek oznacza pacjenta bezdomnego, o poziomie higieny poniżej akceptowalnego wedle norm społecznych poziomu owiniętego w folię termiczną.

#niedziela 3 stycznia

Bezlitosny dźwięk przekładanego już po raz trzeci budzika rozległ się ponownie, wibrując na mojej szafce koło łóżka. Trzeci raz – już go nie wyciszę, ostatecznie trzeba się wziąć w garść i wstać. Mogę co najwyżej chwilę poleżeć, ciesząc się porannym spokojem. Noc była całkiem udana, „sprzedaliśmy” starszą córkę na nocleg u babci, a młodsza tymczasem nie dokazywała. No i wreszcie mieliśmy nieco więcej niż normalnie czasu dla siebie. Przynajmniej nie mam już takiej zadyszki – jak zaraz po COVID-zie – pomyślałem, uśmiechając się lekko.

Przemknąłem przez ciemny pokój niczym polujący szakal, po omacku wyciągnąłem w mroku świeżą bieliznę i ruszyłem do przedpokoju. Sypialnia skąpana w całkowitej ciemności pozostanie, mam nadzieję, jeszcze przez kilka dłuższych chwil oazą wytchnienia dla mojej zmęczonej żony. Później mała Ania znów zerwie się z płaczem i zażąda natychmiastowego dostępu do całodobowej mleczarni. W kuchni było nad wyraz jasno jak na tę porę dnia, zaczynało świtać, a światło powoli odbijało się od dachu znajdującego się pod oknem. O ile w sypialni dbam o całkowitą ciemność i brak zanieczyszczenia światłem i mogło to umknąć mojej uwadze, to tu moim oczom ukazał się istic zimowy krajobraz. Dotychczas brudnoczerwone dachy kamienic oraz czarny daszek poniżej kuchennego okna pokryte były dość grubą warstwą białego puchu. W powietrzu unosiły się duże leniwie mknące ku ziemi płatki. Pierwszy raz w tym sezonie widzę taką ilość śniegu i muszę przyznać, że jego obecność przywołuje dziecięcą radość. Aż pożałowałem, że Zuzia śpi u rodziców. Wyobraziłem sobie jej okrzyk radości.

– Tato, patrz! Jest śnieg! Chodźmy na sanki!

#

Do pracy zazwyczaj idę parę minut, tym razem mimo że było ślisko i jak to w Polsce bywa, zima w styczniu zaskoczyła drogowców, rozkoszowałem się drogą i stąpieniem po mokrym białym puchu. Na ulicach powoli zamieniał się w chlupiącą szarą breję, jednak na mniej używanym odcinku chodnika, między blokami, leżał wciąż przykrywając wszystko średniej grubości pierzyną. Tu nie był tak mokry jak na ulicy i nie chlupał pod

butami – trzeszczał. Odgłos, który zawsze wiązał się z dzieciństwem i wyprawami na sanki, dziś kojarzy mi się tylko z jednym – zmianami osłuchowymi w ostrej fazie infekcji śródmiąższowej. Tak jak śnieg pod moimi stopami trzeszczał płuca moich pacjentów, a potem kiedy jest już coraz gorzej, trzeszczenia częściowo ustępują i coraz mniej słychać czegokolwiek.

Obraz oddziału po zaledwie dobie nieobecności się zmienił, a stan wielu chorych pogorszył. Dziś nie będzie tak spokojnie na dyżurze jak w Nowy Rok. Dyżur zdają nam doktor Karol z Agą. Sam raport trwa prawie godzinę, tak wiele rzeczy jest do przekazania. Aga robi to z pieczołowitością sądowego protokolanta. Bardzo dobrze, dzięki temu wiemy dokładnie, co się działo i na kogo oraz na co zwrócić szczególną uwagę. Kilku pacjentów zostało zdyskwalifikowanych od dalszej intensyfikacji terapii przez poprzednich dyżurnych i anestezjologa, my również podejmujemy tę samą decyzję. Nie jest to łatwe i robimy to wspólnie, ale są osoby, których nie będziemy reanimować ani intubować, bo to nie da im szansy, a jedynie będzie uporczywą terapią.

Na jednoosobowej sali leży starszy człowiek, wcześniej pogodny i miły, teraz zupełnie inny – siny i łapiący szybko oddechy. Saturacja, jeden z najważniejszych parametrów, które monitorujemy, wskazuje 69%. Ściągnął sobie wąsy od high-flow. Szybko zakładam je ponownie, ale pacjent ze mną walczy.

– Ja chcę umrzeć! – Staruszek prawie wykrzykuje mi w twarz.

– Panie Stanisławie, założymy tylko wąsy tlenowe – odpowiadam, patrząc, jak saturacja powoli rośnie powyżej 80%.

– To nic nie da. Nic ze mnie nie będzie, dajcie mi umrzeć – zaczyna znowu spokojnie.

– Nie mówi pan logicznie, jest pan niedotleniony...

– Bo mi tlenu nie dajecie! Chcę już umrzeć – znowu krzyczy.

– Dajemy tlen – jest w tych wążach, które pan ściąga – tłumaczę spokojnie, ale wiem, że jak tylko bardziej się natleni znowu może ściągnąć wąsy. Muszę go nieco farmakologicznie uspokoić.

– Panie doktorze... Ja was szanuję... Ale proszę... Dla mnie nie ma... Już nadziei... Ja mam prawie 90 lat... Chcę umrzeć... – mówi, z trudem robiąc przerwy na głębsze oddechy chory. Wcześniejsza rozmowa i to długie zdanie nadważyło jego siły.

– Panie Stanisławie... Obiecuję panu, że nie będziemy bardziej intensyfikować leczenia, nie będzie respiratora, tylko te wąsy tlenowe. Trzy sale dalej jest pan Michał starszy od pana o kilka lat, dzięki tym wąsom jutro wyjdzie do domu.

– Dobrze, tylko to... Nie chcę nic więcej... – odpowiada z wysiłkiem zrezygnowany.

Jestem całkowicie świadomy, że wyjdę z sali i pacjent znowu może ściągnąć high-flow, dzięki któremu jeszcze żyje. Podam mu leki, żeby się tak nie bał i żeby oddychał spokojniej. Nie będziemy tu bardziej intensyfikować leczenia. Szanse na to, że tak obciążony starszy pacjent przeżyje respirator, są zerowe, to byłoby złamanie etyki lekarskiej. Dlatego mogłem mu to obiecać. Nie kłamałem o panu Michale – na high-flow spędził dwa tygodnie, wytrzymał niską saturację, bo nie kwalifikował się do wentylacji nieinwazyjnej, potem stopniowo się poprawiał, przeszedł na maskę z rezerwuarem i te najłżejsze zielone wąsy tlenowe. Dziś na przepływie 2 litrów tlenu ma 99% saturacji, jutro wyjdzie do domu.

#

Salę dalej leży doktor Kiełek. Kiedy wchodzę do niego, uśmiecham się pod maską, pacjent siada z niewielkim wysiłkiem, ma zielone wąsy tlenowe i saturację powyżej 96%.

– No doktorze, widzę, że jest spektakularna poprawa! – mówię dziarsko na powitanie.

– Wrócił mi apetyt i przeszedłem na wąsy. Jestem też silniejszy. Dobrze, że tutaj trafiłem.

– Cieszę się, że spisek się udał.

– Nie nazwałbym tego spiskiem, to raczej intryga. Pan jesteś literat, to musimy to rozróżnić – odpowiedział z uśmiechem.

– Najważniejsze, że jest lepiej.

– Jestem wam bardzo wdzięczny, a zwłaszcza waszemu szefowi i Andrzejowi⁶³, jak mnie zabrał, to już było ze mną krucho.

– Wiem... Wciąż nie mogę się otrząsnąć po doktorze Skowronie.

– Ja też.

– Karetka już po niego jechała. Szkoda, że tak późno.

– Może nie miał kto go nastraszyć, ja miałem Andrzeja.

– Może...

#

Nieco później zmarła jedna z pacjentek, nie było to zaskoczeniem. Jej stan był terminalny od kilku dni. Leżała w szpitalu ponad miesiąc. Anestezjolodzy wyprowadzili ją spod respiratora w OIT, nie odzyskała jednak świadomości. Oddychała sama, wspomagając się respiratorem z większą niż atmosferyczna ilością tlenu. Miała uszkodzone przez COVID płuca, ale co najgorsze, straciliśmy jej umysł. Mimo braku leków sedujących nie reagowała na żadne bodźce czy to wzrokowe, słuchowe, czy dotyk. Nie poruszała się sama i leżała bezwładnie. Oddychała przez specjalną rurkę tracheostomijną, założoną do tchawicy i wyprowadzoną przez otwór na szyi. Wymagała odsysania wydzieliny z dróg oddechowych, karmienia przez kolejną rurkę prowadzącą przez powłoki skórne do żołądka, jeszcze inna zbierała mocz z pęcherza. Oplątana licznymi kablami, z centralnym dostępem naczyniowym i stałym monitorowaniem parametrów życiowych. To wszystko utrzymywało teraz jej kruche życie w wegetacji. O ironio wspianiałej medycyny. Nikomu nie życzę, aby znalazł się w takim stanie. Proszę mnie źle nie zrozumieć, kiedy pomyślałem sobie, że to dobrze, że już umarła. Bo dla świata i bliskich odeszła już dawno, a my tylko utrzymywaliśmy jej ciało przy życiu.

– Przynajmniej już nie cierpi. Godzina zgonu 16:27 – powiedziałem do pielęgniarki, patrząc na zegarek.

– Pamięta pan, doktorze, jak mieliśmy dyżur w zeszły Nowy Rok? Trójkami wtedy do nieba szli – wspomniała pani Ula.

– Proszę wypluć te słowa, pani Ulu. Dziś nie będzie trzech zgonów... – odpowiedziałem, choć faktycznie przypomniał mi się tamten dyżur.

Zaraz pierwszego stycznia do domu Ojca wypisało się w kilkugodzinnych odstępach czasu troje terminalnie chorych pacjentów. Z tym, że z tego, co pamiętam, cała trójka chorowała na nowotwory, a nie było to skutkiem choroby zakaźnej.

#

Teraz oddział jest ciężki, mamy pięciu pacjentów wentylowanych nieinwazyjnymi respiratorami i jedną na inwazyjnym. Paradoksalnie ten wentylowany przez rurkę tracheostomijną mężczyzna jest w o wiele lepszym stanie niż cała piątka. Dwoje z nich, ze względu na wiek, choroby współistniejące i brak potencjalnych korzyści z intensyfikacji terapii,

zostało przez nas zdyskwalifikowanych od leczenia w ramach OIT czy intubacji. Albo wytrzymają na NIV, albo umrą. Pozostałą trójkę w razie pogorszenia lub zatrzymania krążenia będziemy intubować i wentylować mechanicznie. W polskim prawie występuje ogromna luka dotycząca klauzuli DNR⁶⁴, ta w zasadzie nie istnieje i nie jest umocowana w prawie. Nawet pojęcie uporczywej terapii nie występuje w języku prawnym i brak jest definicji tego zjawiska. Mówi się tylko o tym w kontekście etyki lekarskiej i prawa medycznego. A szkoda, bo jest niewątpliwie olbrzymia luka prawna, którą dawno powinno się wypełnić przepisami tak, aby zarówno lekarz, jak i potencjalny pacjent odczuwał, że sytuacja jest w pełni klarowna prawnie. Pojęcie uporczywej terapii znajduje się w kodeksie etyki lekarskiej.

Artykuł 32 tego kodeksu mówi:

- 1. W stanach terminalnych lekarz nie ma obowiązku podejmowania i prowadzenia reanimacji lub uporczywej terapii i stosowania środków nadzwyczajnych.*
- 2. Decyzja o zaprzestaniu reanimacji należy do lekarza i jest związana z oceną szans leczniczych.*

I już... – to wszystko, na czym możemy się opierać. Oczywiście to tylko pewien zarys, a lekarz sam lub w ramach konsylium podejmuje te trudne decyzje. Niemniej trzeba pamiętać, że nadrzędnym w tym wszystkim jest pacjent, należy liczyć się z jego wolą i ją uszanować, o ile świadomie jest w stanie ją wyrazić. I nie stosować zabiegów medycznych, które nie przyniosą spodziewanych korzyści choremu, a mogą go narazić na ból, cierpienie czy utratę godności. Podłączenie pod respirator obciążonych chorobowo dziewięćdziesięcioparolatów czy chorych onkologicznie w stadium paliatywnym jest właśnie wprowadzaniem takiej uporczywej terapii.

Co jednak zrobić, kiedy pacjent się kwalifikuje do terapii, ma szanse na jej powodzenie, ale się nie zgadza. Doskonałym przykładem jest obecna pandemia i decyzja o podłączeniu pod respirator inwazyjny. Przede wszystkim szanujemy decyzję pacjenta, zawsze jak się nie zgadza, jeśli tylko jest w stanie ją świadomie podjąć, a w większości przypadków mimo niedotlenienia są. Zazwyczaj chory do decyzji dojrzewa parę godzin, a nawet dni. Bywało i tak, że ktoś prosił o zaintubowanie, bo już nie dawał

radę, a kilka dni wcześniej nie było nawet mowy o tym. Zdarzało się również, że chory uznawał, że dopóki jest świadomy, nie wyrazi zgody na intubację, ale gdyby świadomość stracił i miał umrzeć albo jego serce się zatrzymało, to wtedy nie miałyby oporów przed podjęciem tej terapii. Koniec końców zostaje nam hipotetyczna sytuacja, która do tej pory ani mnie, ani kolegom na oddziale się nie zdarzyła. Co zrobić z pacjentem, u którego wentylacja mechaniczna daje szansę na przeżycie i wyzdrowienie, a jego stan się pogarsza, on sam jednak nie wyraża zgody na intubację pod żadnym pozorem. Jak postąpić, kiedy jego serce przestanie bić? Odkupić i dać mu umrzeć, bo nie dał zgody? Mimo że jest młody i rokuje?

Nie. Dopóki jest świadomy, szanuje się jego wolę. Jeśli straci świadomość, jego serce się zatrzyma, to się go reanimuje i robi wszystko, żeby utrzymać przy życiu. Decyzja o sprzecznie powinna być podjęta w momencie zaistnienia przesłanki, a skoro w momencie zatrzymania nie może jej podjąć, a nie jest to w jego przypadku uporczywa terapia, działa się na „korzyść” życia. Tak samo jak ratuje się samobójcę.

Przypomniała mi się pewna historia opowiedziana przez starszego już doktora. Jego sąsiadka wiele lat temu w bloku, w którym mieszkał, próbowała popełnić samobójstwo. Napisała list i wyskoczyła z II piętra z balkonu. Krzyczała, spadając, a kiedy zbiegł do niej na dół, była cała połamana, plując krwią, złapała go jeszcze za rękę i powiedziała: „Ratuj mnie”. Nie wiem, na ile to była prawdziwa historia, a na ile wymyślona. Puenta była jedna: „Patrzcie, jak to ludziom potrafi się zmienić zdanie pomiędzy II piętrem a parterem”. Doktor, który opowiadał tę historię, był medykiem sądowym, mówił ją też ku przestrodze. Nie wszyscy samobójcy chcą się zabić tak do końca, czasem liczą na ratunek, czasem nie są pewni, a czasem chcą w ostatniej chwili zmienić zdanie. Choć na to może być za późno, nie da się przestać spadać, samemu ściągnąć zaciągniętej pętli czy odwrócić działania trucizny, jeśli nikt nie znalazł cię na czas. Życie jest święte i nie da się go przywrócić, dlatego tam, gdzie jest szansa, działamy na korzyść życia.

#

Wizyta wieczorna przebiegała spokojnie, prawie nikt nie zgłaszał nowych dolegliwości. Pacjent, który zszedł „z rury” i został nam dzisiaj przekazany z OIOM-u, zgłaszał ból pleców i nogi. Po pobycie pod respiratorem miał

problemy z poruszaniem własnym ciałem i odleżynami, które mu się wytworzyły mimo najlepszej opieki. Cóż, nie pomagał fakt, że jego waga była bliższa ciężarowi kuca szetlandzkiego niż przeciętnego człowieka. Jak już wcześniej pisałem, ludzie otyli mają w przypadku niewydolności oddechowej zdecydowanie gorsze rokowania.

Pan Kamil miał szczęście, przeżył COVID i pobyt w OIT oraz inwazyjną respiratoroterapię, do tego w chwili obecnej prawie nie potrzebuje tlenu. Jest kaleką. Miną tygodnie rehabilitacji, jeśli nie miesiące, zanim powróci do dawnego funkcjonowania; o ile w ogóle uda się to osiągnąć.

Przypomniałem sobie pacjentkę, młodą trzydziestoparoletnią kobietę, która trafiła na OIOM z powodu przełomu tarczycowego. Tam wyprowadzono ją i przekazano do nas. Początkowo mogła ruszać jedynie palcami u nóg i rąk, w trakcie rehabilitacji odzyskiwała sprawność, aż wyszła z pomocą chodzika do domu. Obiecała, wychodząc, że jak poczuje się lepiej, to nam i ojcomowcom narobi domowych pierogów. Pielęgniarki, które się z nią zaprzyjaźniły, mają ją w znajomych na Facebooku. Pokazały mi któregoś dnia zdjęcia z imprezy, które wrzuciła, jak tańczy w klubie – odzyskała pełną sprawność. Bardzo mnie to cieszy, bo to pokazuje, że można wyjść z naprawdę ciężkiego stanu praktycznie bez uszczerbku na zdrowiu. Niemniej pierogów nie przyniosła. To dobrze i tak mam problemy z nadprogramowymi kilogramami.

#

– Panie doktorze! Pan Michał mówi, że będzie umierał i źle wygląda.

– No co pani opowiada, pani Ulu, przecież jutro ma wyjść do domu.

Wbiegliśmy z doktor Anią i pielęgniarką na salę, siedziała tam przy łóżku opiekunka w kombinezonie i trzymała starszego mężczyznę za rękę.

– Nie chciał mnie puścić i narzeka na ból brzucha. Nie szczytuje też saturacji – powiedziała opiekunka.

– Ja umieram... – oznajmił pacjent słabym głosem.

– Spokojnie, musimy pana zbadać. Co się dzieje? – próbuję się dowiedzieć.

W duchu stwierdziłem jednak, że nie sposób odmówić mu racji. Nie wiem tylko, dlaczego umiera i trzeba to szybko ustalić. Na wcześniejszej wizycie był w całkiem dobrym stanie i utrzymywał 99% saturacji – ta teraz była nieoznaczalna, nie miał cech sinicy, choć oddychał zdecydowanie szybciej

niż wcześniej. Był też znacznie bledszy niż rano. Pewnie nie szczytuje saturacji, bo spadło mu ciśnienie albo ma chłodne palce...

Zmieniłem szybko tlen z wąsów na maskę z rezerwuarem, a doktor Ania zmierzyła ciśnienie, na monitorze wyświetliła się skrajnie niska wartość 60/40. Mamy wstrząs, tylko jaki?

– Proszę pobrać podstawowe badania: morfologię, jony, czasy krzepnięcia i CRP, na cito! – powiedziałem, rozkręcając podłączoną kroplówkę z solą do maksymalnego przepływu.

– Brzuch jest miękki, z punktową bolesnością w obrębie nadbrzusza.

– Myślę, że się gdzieś skrwawił, zobacz, jaki jest blady – powiedziała doktor Ania. – Dajmy panu IPP, Exacyl, Cycloaminę – rzuciła do pobierającej krew pielęgniarki.

– I morfinę 5 mg, pana strasznie boli. Myślisz, że to wrzód? Krwawi gdzieś z góry, i jeszcze nie mamy krwi w pampersie i per rectum? – zapytałem po szybkim badaniu.

– Może, ale zrób USG, może to tętniak?

– Może – zaraz przywiozę aparat.

Uwaga doktor Ani o tętniaku jest jak najbardziej na miejscu, nie wiem, czemu sam o tym nie pomyślałem. To kolejna rzecz, którą należałoby wykluczyć, złotym standardem jest angio-TK aorty i jej odgałęzień, ale pacjent nie nadaje się do transportu. Samego tętniaka bez oceny subtelných rozwarstwień zobaczę też w USG.

Po szybkiej podaży kroplówki ciśnienie nieco się podniosło i pojawiła się saturacja na monitorze, wciąż jednak było za nisko.

Przywlokłem ciężki stacjonarny aparat na kółkach, po podaniu morfiny pacjentowi ból nieco zelżał, a sam chory jakby mniej się bał.

– Mamy tętniaka aorty brzusznej nieco powyżej rozwidlenia na tętnice biodrowe, nieduży, poszerzenie do 3,5 cm z widoczną przyścienną skrzepliną – powiedziałem cicho. Omiatając sondą kolejne rejony brzucha. – O Jezu... Rozlało się... – szepnąłem do siedzącej obok doktor Ani, co raczej było stwierdzeniem oczywistego faktu, uwidaczniając dwunastocentymetrowy zbiornik gęstego płynu w prawej przestrzeni zaotrzewnowej. To nie jest tętniak rozwarstwiający, to pęknięty tętniak. – Panie Michale – powiedziałem głośno do nieco niesłyszącego staruszka. – Boli mocno?

– Mniej, ale boli – odpowiedział cicho, ściskając dłoń opiekunki, która przez ten cały czas trzymała go za rękę i gładziła po głowie. W zasadzie jej

obecność zrobi dla niego więcej niż medycyna w tym momencie.

– Proszę podać kolejne 5 mg morfiny i naszykować pompę z morfiną. Przede wszystkim ma go nie boleć – powiedziałem do pani Uli.

Zadzwoiłem po konsultację chirurgiczną, tak naprawdę w celu dopełnienia formalności w dokumentacji. Dyżurny chirurg potwierdził nasze rozpoznanie i zdyskwalifikował pacjenta od zabiegu. Oboje wiemy, że nasz dziewięćdziesięciosześcioletni pacjent nie przeżyłby transportu na tomografię w sąsiednim budynku, a co dopiero na chirurgię naczyniową 120 kilometrów dalej. Umrze w ciągu minut lub godzin niezależnie od tego, co zrobimy. Ważne, żeby nie cierpiał.

Czterdzieści minut później pan Michał umarł.

– To, że siedziałaś z nim i trzymałaś go za rękę, było dla niego bardzo ważne. Myślę, że było mu dzięki temu łatwiej niż odejść w samotności – powiedziałem opiekunce. To młoda dziewczyna, która jeszcze nie miała takiej styczności ze śmiercią i odchodzeniem, pracuje u nas parę tygodni.

– Dziękuję. – W jej oczach zaszklily się łzy. – Bardzo go lubiłam, to był jeden z najsympatyczniejszych pacjentów.

Towarzyszyła mu w ostatnich chwilach od gwałtownego pogorszenia stanu, po śmierć i przygotowanie ciała do złożenia w plastikowym worku, wypełnionym nasączonymi dezynfektantami chustami.

Drugi zgon, pani Ula zapeszyła... No zapeszyła. A mówiłem, że nie będzie trzech dzisiaj. Strasznie mi szkoda tego pacjenta. Mimo że był wiekowy, przecierpiał u nas wiele, żeby wyjść do domu. Dlaczego akurat teraz pękł mu tętniak? Złośliwość losu czy powikłanie COVID-a? Nie jestem w stanie udowodnić, że to COVID spowodował pęknięcie, ale pan Michał ostatnie tygodnie funkcjonował w permanentnym niedotlenieniu. Dopiero w ostatnich dniach wymiana powietrza w płucach nasyciała krew w sposób wystarczający, aby pomyśleć o wypisaniu do domu. Kiedy stężenie tlenu w krwi spada, komórki odczuwają głód tlenowy, niedotlenione komórki degenerują się i obumierają. Być może taki mechanizm sprawił powolne i postępujące ścieńczenie ściany tętniaka, aż do jego pęknięcia? A może przyszedł jego czas i tętniak strzelił.

Jak było ? Nie wiem. Życie z tętniakiem to życie z tykającą bombą. Nie wiadomo, ile czasu pozostało na tarczy zegarka przed wybuchem.

Rozmyślenia nad gorzkim losem, który na chwilę pozwolił nam uwierzyć, że wygraliśmy bitwę o pacjenta, przerwał służbowy telefon. Nie zdążyłem nawet wrócić do dyżurki po stwierdzeniu zgonu, a wieczorna wizyta, która

miała być formalnością, rozciągnęła się na dwie godziny z licznymi drobnymi interwencjami.

– Mam dodatkiego pacjenta do przyjęcia – rozbrzmiał głos doktora Rambowicza.

– Ciężki jakiś? – zapytałem.

– Nie, ale wymaga hospitalizacji, nieco desaturuje, ma zmiany w TK i ponad 150 CRP, jest za to specyficzny. Jego matka pyta, czy może położyć się razem z nim na oddziale.

– A jest objawowa i dodatnia? Dlaczego chce się z nim położyć? Ile on ma lat?

– Nie, ona to ozdrowieniec. On ma objawy od paru dni. No jest po wypadku motocyklowym sprzed lat, niepełnosprawny, jakoś po czterdziestce.

– Nie zgadzam się, to nie sanatorium, tylko szpital zakaźny. Nie mamy miejsc dla ozdowieńców.

– Też jej to powiedziałem, ale uparta jest. Dobra, zaraz go wyślę.

Wykręciłem numer do lady pielęgniarskiej, gdzie odebrała pani Dominika.

– Będzie przyjęcie, męskie, na odcinek B. Nie jest ciężki, podobno ma niewielką duszność, ale jest hmm... niepełnosprawny – przekazałem skrótowo.

– Gdzie położyć? – zapytała Dominika.

– Może do księdza? – Miałem wątpliwość.

Nie daje mi spokoju to, że doktor Rambowicz powiedział, że pacjent jest specyficzny. W badaniach i opisach w dokumentacji SOR nic nie budzi moich podejrzeń. Może chodzi o zachowanie?

Kończyłem wypis zgonowy poprzedniego chorego, kiedy zadzwonił kolejny raz tego wieczoru służbowy telefon. Czasem ciężko go odebrać, to najbardziej plastikowy i szajsowaty telefon, jaki widziałem w ostatnim czasie. Po którymś z dyżurów dorobił się pęknięcia ekranu, a sieć drobnych pajęczków z dnia na dzień się powiększała. Podobno niedługo mamy dostać nowe, takie bardziej wytrzymałe, jak mają fachowcy na budowach, wrzucisz do betoniarki i dalej działa. Tego przez popękany ekran nawet się nie da zdezynfekować.

– Jest już przyjęcie. – W telefonie rozległ się ostry głos pani Dominiki. – Nie położyłam go z księdzem, tylko na osobną salę. Nikogo bym z nim nie kładła w tej sali.

- Dlaczego?
- Znam go, jest... – nie dokończyła. – Sam doktor zobaczy.

#

Kiedy wszedłem na salę, pacjent trzymał ręce złożone do modlitwy. Patrzył przed siebie, a na mój widok się przeżegnał.

– Skończyłem czwartą koronkę – odpowiedział nabożnym tonem nieco pulchny, łysawy mężczyzna w średnim wieku.

Wyglądał dokładnie tak, jak wyobrażałem sobie mnicha. Poza widoczną blizną na głowie i zniekształceniem czaszki – pamiątkach po wypadku motocyklowym.

– Bardzo dobrze – odpowiedziałem i pomyślałem sobie, że akurat pasowałyby do towarzystwa księdza.

– Ja cię chyba znam. Jak się nazywasz?

– Tomasz Rezydent – odpowiedziałem zgodnie z prawdą.

– Jesteś lekarzem?

Spojrzałam na siebie, ubrany w szary mundurek, w którym na co dzień pracuję, do tego w długi fartuch chirurgiczny, na które się przerzuciliśmy po przechorowaniu, uwalniając z tych nieszczęsnych szczelnych kombinezonów. Niebieskie nitrylowe rękawice, białą maskę FFP2 i fonendoskop przewieszony przez szyję, nieodłączny atrybut każdego adepta specjalizacji niezabiegowych.

– Tak, jestem lekarzem.

– Od wariatów? – zapytał z nieufnością w głosie.

– Nie, mamy tutaj szpital zakaźny, pomagamy wszystkim ludziom, nie jest to szpital psychiatryczny.

– To dobrze, nie lubię od wariatów.

– No dobrze, to porozmawiajmy...

– Miałem wypadek na motorze i uderzyłem się w głowę – przerwał mi pacjent.

– Wiem, czytałem w dokumentacji.

– Od kiedy pan choruje? – zapytałem.

– Od dawna. Miałem wypadek – odpowiedział spokojnym głosem chory, ręce miał wciąż złożone na dość dużym brzuszku jak do modlitwy.

– Ale teraz, miał pan gorączkę? Kaszel, duszność?

– Nie.

– A w domu coś się z panem działo?

– Nic.

– To dlaczego pan do nas trafił?

– Nie wiem.

– Stracił pan może węch lub smak?

Pacjent nie odzywał się przez chwilę, nieco odchylił i podparł się rękoma, naprężył, a twarz mu poczerwieniała.

Przez salę przetoczył się głośny dźwięk, sporej porcji uwolnionych gazów.

– Hehehe. Nie. – Wybuchnął śmiechem.

– A może wie pan, czy na coś pan choruje przewlekłe? Nadciśnienie? Cukrzyca? – zapytałem z nutką nadziei w głosie.

– Nie, na nic nie choruję! – Tu chory wyraźnie zaczął się denerwować.

– A jakieś tabletki pan bierze?

– No biorę. – Znowu nieco się uspokoił, ta labilność emocjonalna jest patologiczna.

– A jakie? – Ucieszyłem się, że w końcu dowiem się czegoś przydanego.

– No jak to jakie. Takie małe białe. – Prawie mnie wyśmiał, jakbym nie wiedział takiej oczywistości.

No tak. Mogłem się tego spodziewać. Może coś będzie w dokumentacji od rodziny.

– Zbadam pana, dobrze? – powiedziałem z nutką nadziei w głosie, że tu nie będzie komplikacji, mężczyzna wydawał się być nieobliczalny.

– Dobrze – przytaknął chory i podniósł koszulkę.

– Jak moje płuca? – zapytał przejęty.

– W porządku, nie słyszę nic niepokojącego.

– Tu, tu! Tu bije moje serduszko! Posłuchaj! – Wskazał na klatkę piersiową. – I jak?

– Biję jak dzwon – powiedziałem, przechodząc do dalszej części badania fizykalnego i zachowując pełną powagę.

– Masz ciepłe ręce... – stwierdził, kiedy oceniałem palpacyjnie brzuch.

W sumie nie wiedziałem, co odpowiedzieć ani nie wydawało mi się stosowne podziękować za ten wątpliwy komplement ze strony innego faceta, ani go jakoś skomentować.

– I piękne oczy, tylko te okulary. No i broda, nie lubię brodatych chłopców – powiedział nad wyraz słodkim głosem.

Tego było trochę za wiele i poczułem się nieswojo. Trzeba było odzyskać kontrolę nad sytuacją i przejąć panowanie nad rozmową.

– Panie Mariuszu, czy w tej chwili pana coś boli albo coś panu dolega?

– Taaakk... Boli mnie serce, bo mi się bardzo podobasz... – Znów słodkim głosem i mrugając oczkami wyjaśnił pacjent.

No to mi się udało poprowadzić rozmowę po mistrzowsku. Profesjonalizm trzeba jednak zachować do końca.

– Panie Mariuszu, dziękuję za badanie. Czy ma pan do mnie jakieś pytania?

– Tak, znasz Czopka?

– Nie – odpowiedziałem zgodnie z prawdą. Nie okazując zdumienia, jakie wywołało to pytanie.

– Jesteś głuuupi. Każdy zna Czopka. On ma najlepsze fury w mieście, audi, bmw i pali gumy na każdym skrzyżowaniu.

– Dobranoc, panie Mariuszu. – Zdecydowałem się zakończyć rozmowę, zanim pacjent się rozkręci.

– Pa... – powiedział, machając.

– Ojczy Nasz któryś jest... – znowu zaczął koronkę, kiedy wychodziłem z sali.

Idąc do dyżurki, żeby wypełnić zlecenia, spotkałem panią Dominikę.

– Dobrze, że pani nie położyła go z księdzem.

– A co przystawiał się?

– Haha, tak.

– On tak ma do wszystkich.

Z uczuciem ulgi otworzyłem drzwi od dyżurki. W nocy dla pewności podeprę klamkę krzesłem, choć wątpię, żeby przy monitoringu i czujnych pielęgniarkach pacjent zbłądził na stronę czystą.

– I jak nowy pacjent? – zapytała doktor Ania.

– Rambo miał rację, jest specyficzny – tego nie da się opisać. Wesołkowaty, z patologicznym afektem, w dodatku zachowywał się, jakbym wpadł mu w oko.

– Uuu, mam naskarzyć żonie?

– Spadaj. – Pokazałem język, ale na myśl o „ciepłych” słowach chorego przeszły mnie ciarki.

Zaniosłem zlecenia do lady pielęgniarskiej.

– Do pana się przystawiał, a mnie zaproponował ślub. – Dominika się uśmiechnęła.

- Zgodziła się pani?
- Ta jasne, powiedziałam, że mam męża.
- A on?
- „To nic, poradzimy jakoś sobie”, mówię mu „Mariusz, ty doktora parę minut temu bajerowałeś, a teraz do mnie startujesz? Taki zmienny jesteś”. To powiedział, że doktora już nie lubi, bo nie zna Czopka.
- Uff... Niewiedza jest błogosławieństwem. Poza tym ja jestem brodaty, a on nie lubi brodatych chłopców.
- A doktor to brodę dlaczego nosi? Bo mój syn też ma, ale mówi, że z lenistwa, bo mu się nie chce golić – zapytała opiekunka, pani Gienia.
- Ja? No nie ja to ... – Przez zmęczoną głowę przeleciało mi wiele różnych możliwości, po chwili jednak się poddałem. – Ja też z lenistwa...

#

Niespełna dwie godziny później do dyżurki dobiegł krzyk z odcinka B.

– Ty kurwo! Wypierdalaj, ladacznico! – Rozpoznałem głos pana Mariusza.

Doktor Ania zaniepokojona wyszła z dyżurki, ale za chwilę wróciła z uśmiechem na twarzy.

– Co się dzieje? – zapytałem.

– Zmiana pampersa – odpowiedziała.

– Są pacjenci, za których powinni płacić szkodliwe, zwłaszcza pielęgniarkom.

– Co zrobisz. Tam jest OIOM. – Wskazała ruchem brody w kierunku odcinka A. – A tu psychiatria. Naszej interny dawno już nie ma.

Cóż akurat to prawda, odcinek A intensywnego nadzoru był straszny, respiratory, NiV-y i duszący się ludzie, na odcinku B z kolei ludzie w zdecydowanie lepszym stanie, ale „zdrowych” młodych osób raczej tu nie ma. W większości są to starsi, psychoorganicy lub pacjenci ozdrowiali, „na wylocie” do domu, znaczna część ma różnego rodzaju zaburzenia czy to z powodu demencji czy zespołów otępiennych. Dobrze, że możemy lżej chorych położyć w innej części tego budynku. Większość psychicznie źle znosi izolację i leżenie pod tlenem. Oglądanie codziennie wynoszonych worków z ciałami nie poprawiłoby im psychiki. Ci na odcinku A i tak się boją, łapiąc każdy oddech. Tym na B, którzy rozumieją swoją sytuację, możemy tego oszczędzić.

– Pierdolę!!! Nie będę odmawiać koronki! Nie będę! – Rozległo się na korytarzu.

Po chwili krzyki ucichły, by wrócić ze zdwojoną siłą przy kolejnej wizycie pielęgniarskiej. W sumie chyba dobrze, że nie położyliśmy tego chorego na jednej sali z księdzem – pomyślałem ponownie.

#

Nieco przed piątą rano obudziła mnie służbowa komórka.

– Doktorze, trzeba stwierdzić zgon, a w zasadzie dwa.

– Kto? – zapytałem szybko, adrenalina nieco się podniosła, ale usłyszałem dwa nazwiska z listy niereanimacyjnej. – Już idę – powiedziałem, powoli otrząsając się z sennego zamroczenia.

Zgon to nie reanimacja. Mogę pozwolić sobie na chwilę, aby dojść do siebie i obmyć twarz zimną wodą. Położyłem się raptem półtorej godziny temu i jestem zmęczony i senny, nawet ten krótki czas był przerywany telefonami w sprawie stanu pacjentów i dodatkowych zaleceń. „Lekarze śpią na dyżurach” – nie policzę, ile razy słyszałem takie zdanie, prawdziwe jest może na oddziałach rehabilitacji, gdzie są zdrowi ludzie, choć i tam dzieją się różne rzeczy. Pracuję nie tylko moim ciałem – fizycznie, ale przede wszystkim głową. Uważam, że moim obowiązkiem jest po wykonaniu wszystkich koniecznych czynności w trakcie dyżuru udać się na odpoczynek i próbować złapać choć chwilę wytchnienia. Trzeba zredukować zmęczenie, po to by być dalej efektywnym i skutecznym. Po kilkunastu, czy w skrajnych wypadkach, kilkudziesięciu godzinach pracy bez snu skupienie i empatia słabną. Rośnie natomiast rozdrażnienie i podnosi się poziom stresu. Ważne, aby zdawać sobie z tego sprawę i nie popełnić żadnego błędu. Oczekuje się tego, że będziemy efektywni, z bystrym umysłem podejmując szybko trafne decyzje, niezależnie czy to pierwsza, czy dwudziesta godzina pracy, z drugiej strony sugerując, że „śpimy” na dyżurach. Nie wiem jak wy, ale gdybym znalazł się w szpitalu o czwartej w nocy i potrzebował pomocy, wolałbym, żeby zajął się mną lekarz, który przespał choć dwie–trzy godzinki niż taki, który jest na ciągłych obrotach od rana. Tu jednak, na tym oddziale, sen jest niczym ulotna mara, przychodzi na chwilę, a gdy próbujemy go mocniej chwycić, znika, rozplywając się w dźwiękach kolejnego telefonu.

Po stwierdzeniu zgonów będę musiał powiadomić rodziny. Zawsze dzwoniemy od razu, nawet jak jest środek nocy, nie czekamy do rana. Chyba że nie mamy danych rodziny, wtedy od rana prosimy o pomoc policję, aby dotarli pod adres zamieszkania i ustalili osoby bliskie. Tak było i w tym przypadku. O ile jedną rodzinę udało mi się powiadomić, to drugiej już nie. Podany numer telefonu był nieaktualny.

Zmarła pacjentka według tego, co rodzina przekazała lekarzowi prowadzącemu, chorowała już na COVID w sierpniu, z tym, że lekko. Kolejny argument za tym, żeby się zaszczepić. Wielu ludzi uważa, że przechorowanie zapewnia trwałą odporność albo przynajmniej lżejszy przebieg. Nieprawda. O ile gdy wytworzą się przeciwciała, to przez pewien czas, co jest kwestią osobniczą, mamy odporność utrzymującą się zapewne trzy do sześciu miesięcy, choć jeszcze tego nie wiadomo. Wraz ze spadkiem przeciwciał szansa na zachorowanie rośnie i jeśli ktoś ma zdrowy organizm, to powinien reinfekcję znieść lepiej. Jeśli koronawirus zajął mu wcześniej miąższ płucny i jego część uszkodził bądź zniszczył, to ma mniejszą rezerwę, którą może wykorzystać, zatem przejdzie to ciężiej czy wręcz letalnie. Czy młodzi bezobjawowi wcześniej ozdrowieńcy nie mają się czego obawiać? Myślę, że nie, ryzyko zawsze istnieje, zwłaszcza że nie wiemy, jak będzie po powtórnej infekcji i czy pierwotne przechorowanie nie będzie miało np. większego wpływu na wystąpienie gwałtownej reakcji odpornościowej na rozwijającą się infekcję, tzw. burzy cytokinowej w już uczulonym na wirusa organizmie. Można zaryzykować albo można się zaszczepić, żeby utrzymywać poziom przeciwciał, który chroni przed zakażeniem. Dla mnie odpowiedź jest prosta.

Paskudna noc, pani Ula wykrakała... Zapierałem się, mówiąc, że nie będzie trzech zgonów i miałem rację... Były cztery...

#

O takich nocach jak ta mówię, że śmierć chodzi po oddziale i trzeba szczególnie na oddział uważać – raczej jestem sceptyczny w stosunku do takich twierdzeń. Kiedyś czytałem niezmiernie ciekawy artykuł dotyczący zmian pogody i jej wpływu na śmiertelność szpitalną. W pewnych warunkach pogodowych, zwłaszcza przy zmianach temperatury, ciśnienia czy wiejących wiatrach wydaje się, że jest większy wpływ na organizm człowieka, niż nam się wcześniej zdawało. Te często pogodowe negatywne

uczucia, jakich sami przecież doświadczamy, u osób na krawędzi wydolności mogą zapoczątkować niesprzyjającą kaskadę zdarzeń, zwłaszcza jeśli chodzi o układ wegetatywny związany między innymi z kontrolą ciśnienia. Zresztą sami niejednokrotnie ulegamy tego typu przeczuciom, wiele razy słyszałem bądź sam pomyślałem sobie: O! Będzie ciężki dyżur. Dziś jest pogoda dla „sercowców”. Co ciekawe poglądy takie od dawna były również ukształtowane w naszej kulturze. Dziki gon porywający dusze i zabierający na wieczne łowy był często utożsamiany z gwałtownymi zjawiskami atmosferycznymi, starciem frontów czy silnymi wiatrami. A czy wiejący w górach halny nie był przez starych górali nazywany wiatrem szaleństwa? Nieraz słyszałem od znajomych z tamtych rejonów: „Halny wieje, ludzie będą się wieszać”. Niemniej docieklivość nie pozwalała mi zostawić tego po prostu w sferze domysłów i bajań. Postanowiłem poszukać głębiej, czy ktoś prowadził tego typu badania. A i owszem, badacze z Uniwersytetu Jagiellońskiego opublikowali pracę: „Warunki atmosferyczne a nagłe schorzenia układu sercowo-naczyniowego”⁶⁵. I to wcale nie tak dawno, bo dwa lata temu, zgodnie z tą pracą stwierdzono, że zapadalność na nagłe schorzenia układu sercowo-naczyniowego nie jest taka sama w różnych porach roku i określone warunki pogodowe mogą sprzyjać niektórym ostrym schorzeniom: udarom, zawałom czy napadowym migotaniom przedsionków. Podobne badania przeprowadzone w Szwajcarii czy Włoszech również wskazują na korelację wiejących wiatrów oraz jego kierunku (wiatr południowy) na ilość interwencji kardiologicznych u pacjentów. A co z zachowaniami samobójczymi? Czy wiatry fenowe w regionach górskich mają faktycznie na to jakiś wpływ? Tu również jest nowa praca polskich psychiatrów z 2019 roku, badających powiat tatrzański: „Wiatr fenowy jako sezonowy czynnik ryzyka samobójstwa w regionie górskim”⁶⁶.

Wyniki badań są niejednoznaczne: „Halny nie zmienił ogólnego dobowego ryzyka samobójstwa, jednak mógł mieć wpływ na sezonowe ryzyko samobójstwa”. Samo zaś ryzyko związane ze zjawiskami fenowymi zwiększyło się czterokrotnie latem i dwukrotnie jesienią, wiosną zaś spadło 10-krotnie. Cóż wiosna jest chyba najbardziej optymistyczną porą roku, działającą na skomplikowany układ biologiczny, jakim jest człowiek.

Gdy wychodziłem z pracy, pod butami pluskała mi szarobura breja, wspomnienie wczorajszego pięknego białego puchu. Ech... jedyny prawdziwie zimowy dzień, kiedy mogłem pójść ulepić bałwana z córką

albo przespacerować się po białym lesie przepadł. Zostały roztopy. Obiecałem sobie, że w pierwszy wolniejszy dzień znajdę jakieś miejsce ze śniegiem i pojedę z córcią na sanki. Na razie nie jestem nawet weekendowym ojcem, bo w weekend też zazwyczaj mnie nie ma albo padam po tych koszmarnych dyżurach.

Pani Dominika wczoraj powiedziała, że jeszcze będzie sroga zima ze śniegiem, bo na jesień było dużo żołądzi na drzewach. Notuję to jako ciekawostkę, do której będę mógł się odnieść w późniejszym etapie dziennika. Nie mam pojęcia, w jaki sposób ilość żołądzi jesienią miałyby prorokować srogość zimy w styczniu czy lutym. Ostatnie nasze zimy w betonowej dżungli raczej białe nie były, a śnieg jeśli występował, to okresowo i natychmiast zamieniał się w mokrą szarą masę. Nie pamiętam już, które były ostatnie prawdziwie zimowe święta Bożego Narodzenia, takie z mrozem i wciąż padającymi roziskrzonymi płatkami białego puchu.

#poniedziałek 4 stycznia

Wedle danych Ministerstwa Zdrowia do dziś włącznie w walce z COVID-19 przegrało 66 lekarzy, 10 stomatologów, 5 farmaceutów, 4 felczerów, 51 pielęgniarek i 4 położone. Dane dotyczą jedynie hospitalizowanych pacjentów.

#wtorek 5 stycznia

Afera szczepionkowa. W tym kraju oczywiście nie może być normalnie i co rusz muszą być jakieś afery. Tym razem poszło o 18 szczepionek podanych w WUM⁶⁷, które dostali celebryci poza kolejnością, a miały być przeznaczone dla medyków. Nie jest to dużo, ale jednak ktoś w tajemnicy próbował zaszczepić znanych ludzi kosztem własnego personelu medycznego. Środowisko było oburzone nie tym, że się zaszczepiło celebrytów poza kolejnością, tylko tym, że próbowano to zrobić w tajemnicy. Tworzy się podział na elitę i tych zwykłych, z drugiej strony przecież to można było rozwiązać oficjalnie i całość przekuć w sukces. Gdyby nakręcić spoty z tymi celebrytami jako oficjalną promocję, to wszyscy by temu przyklasnęli, bo promocja szczepień jest jak najbardziej konieczna. A tak oburzył się lud, oburzył się premier i oburzyli się medycy, i wszyscy mieli rację, bo promocji szczepień nie było, a złamano zasady

ustalonej kolejności. Nie ma jednak tego złego, co by, moim zdaniem, na dobre nie wyszło, w myśl starej zasady; jeśli chcesz coś nagłośnić, to lepiej o tym mówić źle niż wcale. Mamy taką mentalność, że jeśli ktoś coś dostał, co mu się nie należało, ba pominął swoje słuszne miejsce w kolejce, to wzbudza to zawiść i zazdrość. Ci cholerni celebryci wepchali się po moją szczepionkę, bez kolejki, pomyślał niejeden Polak, który parę dni wcześniej nawet by szczepienia nie rozważył. Może skandal ze szczepionkami był najlepszą promocją na tym etapie? Czas pokaże.

#

Gęsiego, równym rządkiem ruszyliśmy za szefem na szczepienie. Ubrani w nasze bluzy medyczne i fartuchy przeszliśmy przed tłumem oczekujących seniorów, podwijając rękawy. Jedno z nas – doktor Liliana, spędzi cały dzień na kwalifikacji do szczepień seniorów, ale my wakcyne otrzymamy tego dnia jako pierwsi. Raz, że trzeba wracać na oddział do pracy, dwa w ten sposób też pokazujemy czekającym ludziom w kolejce, że wbrew temu, co piszą antyszczepionkowcy, lekarze i pielęgniarki się szczepią. Niewielkie ukucie w ramię i po wszystkim; cud inżynierii genetycznej, biologii molekularnej i pewnie kilku innych dziedzin nauki, o których nie wiem, dostał się wreszcie do mojego organizmu. To pierwsza tego typu szczepionka, opierająca się na syntetycznie stworzonym mRNA. Technologia, która była rozwijana od lat z myślą o szczepieniach przeciwwirusowych na inne choroby, przy pomocy najtęższych umysłów na ziemi, została przekuta w skuteczną broń przeciwko wirusowi. Choć nie jest to lek i nie pomoże osobie już chorej, zmniejsza ryzyko zachorowania i znacząco redukuje szansę na ciężki przebieg. Ma działanie indywidualne – chroni jednostkę, ale też populacyjne, bo zapobiega rozprzestrzenianiu się wirusa.

Ale jak to w zasadzie działa? I czy nie zmodyfikuje mi genomu albo nie stanę się po prostu jakimś mutantem? W końcu nie można znać się na wszystkim, a w społeczeństwie relatywnie mały odsetek ludzi wie, jak przebiegają procesy immunologiczne, choćby w uproszczeniu. Dlatego w dobie internetu, gdzie każdy może pisać co mu ślina na język przyniesie i snuć teorie spiskowe, należy zaufać specjalistom w danej dziedzinie. Ja zaś postaram się „To” wyjaśnić jak najprościej, choć będę musiał odwołać się do pewnych elementarnych pojęć z zakresu budowy komórki. W tym

miejscu, drogi Czytelniku, możesz uwierzyć, że szczepionki działają na słowo i przeskoczyć poniższy akapit lub razem ze mną zagłębić się w mechanizm powstawania odporności poszczepiennej. Twój wybór.

#

Wszystko zaczyna się od iniekcji, małe cząsteczki mRNA dryfują do przestrzeni międzykomórkowej po wystrzeleniu z igły, otoczone są kapsułkami lipidowymi, ponieważ w środowisku pozakomórkowym, bez nich uległyby szybkiemu rozpadowi i degeneracji. Efekt takiego szczepienia byłby podobny do podania soli fizjologicznej. Te otoczki są skonstruowane podobnie jak błona komórkowa, przez co są przez nią wchłaniane na drodze tzw. endocytozy – błona komórkowa się uwypukla i integruje z pęcherzykiem. Obrazowo mówiąc, jej powierzchnia pożera go jak pies moich rodziców parówkę. mRNA po tej integracji dostaje się do wnętrza komórki, gdzie błąka się, szukając rybosomów. Rybosomy to swoiste fabryki protein, które na podstawie informacji z jądra komórkowego tworzą konieczne białka. Tą informacją – matrycą do produkcji, jest właśnie mRNA⁶⁸. Przepływ danych idzie tylko w jedną stronę, z mRNA na białko; nie może iść w drugą, bo nie posiadamy enzymu – odwrotnej transkryptazy⁶⁹, który by tłumaczył mRNA z powrotem na DNA⁷⁰. Powstaje więc białko, i to jedynie białko S kolca wirusa, a nie jego całość, które jest u tego konkretnego koronawirusa odpowiedzialne za łączenie się z komórkami ludzkimi i ich infekowanie. Kiedy owo wirusowa proteina powstanie, nie jest to naturalna część komórki i ta ma obowiązek je zaprezentować na swojej powierzchni komórkom regulatorowym. Te zaś zawsze sprawdzają, czy jakiś wirus nie wdarł się do komórek i nie zmusił ich do produkcji swoich części. Przepływające obok limfocyty wykrywają proteiny wyeksponowane na powierzchni błony i porównują je z wzorcami dla białek organizmu. Jeśli komórka eksponuje obce fragmenty albo niezgodne z wzorcem, to wydaje na siebie wyrok śmierci. Limfocyt, który ją wykryje, przechodzi aktywację, mnoży się błyskawicznie i tworzy wiele swoich klonów gotowych do ataku na każdą komórkę produkującą to konkretne białko. Komórka eksponująca obcą cząsteczkę ginie, niszczone armią limfocytów, ale dzięki jej poświęceniu powstają tzw. komórki pamięci, które na lata będą pamiętać wzorzec doprowadzający do zniszczenia tego konkretnego zagrożenia. Od tej pory będą gotowe do

szybkiej aktywacji w razie pojawienia się tego patogenu. Dodatkowo resztki po masakrze pochłania limfocyt B, który od tego czasu będzie produkował przeciwciała, a te krążąc we krwi, będą wyłapywać potencjalnego intruza. Tak więc odpowiedź po szczepieniu jest dwojaka, zarówno typu komórkowego przy pomocy uczulonych limfocytów T, jak i humoralnego przy pomocy przeciwciał produkowanych przez limfocyty typu B.

#

Po szczepieniu trochę bolała mnie ręka, nie zacząłem odbierać wi-fi, nie zrobiłem się mądrzejszy, nie łączyłem się bezprzewodowo z komputerem – te „czipy” są przereklamowane. Doktorowi Karolowi chyba ktoś coś namieszał w sterownikach, bo zepsuła mu się termoregulacja, gorączkował do 40 stopni i nie przyszedł nazajutrz do pracy⁷¹.

#poniedziałek 11 stycznia

Cieszę się, że w tym miesiącu postanowiłem mniej pracować. Oddział dyżurowo jest okropny, znowu zaintubowanych jest kilka osób, w użyciu kolejne kilka respiratorów nieinwazyjnych, a potencjalnych kandydatów do wypisu do Domu Ojca aż nadto. Może dwie osoby leczone NIV-em są stabilne na średnich ustawieniach, reszta jest na granicy – utrzymują się przy życiu wyłącznie dzięki tego rodzaju wentylacji, część z nich jest w zawieszeniu pomiędzy życiem a śmiercią. Bo jak inaczej nazwać to, kiedy maska jest ostatnim ratunkiem, albo dadzą radę na niej, albo umrą, bo eskalacji terapii u tak obciążonych osób nie będzie. Nie odniosą żadnej korzyści z intubacji i podłączenia do respiratora inwazyjnego, przedłużą to tylko ich agonię, choć zapewni nieświadomość. Trzeba zwrócić szczególną uwagę na tych, którzy potencjalną korzyść z takiej terapii mogą odnieść i tu nie opóźniać intubacji, jeśli ich stan się bardziej pogorszy. Stosujemy często wentylację nieinwazyjną, bo wciąż udaje nam się wyciągać chorych i chronić przed respiratorem – tam przeżywalność jest zdecydowanie gorsza, nie mówiąc już o późniejszych rokowaniach. W zasadzie każdy po respiratoroterapii jest inwalidą, przynajmniej czasowym, często zależnym od tego, jak długo prowadzona była terapia. W najlepszym przypadku trzeba niczym dziecko uczyć się wszystkiego od nowa, mówić, jeść, ruszać

dłońmi czy chodzić. Po respiratorze człowiek rodzi się na nowo, tylko ciało nie spełnia oczekiwań umysłu. W najgorszym przypadku nie budzi się, oddycha sam, ale jest niczym kwiat wymagający ciągłej pielęgnacji. Z tym, że mimo metaforycznych słów nie jest to piękne, mamy ocalone życie, ale jakim kosztem. I niech mnie posądzą o brak empatii, ale leżenie bezwładne w łóżku, bez świadomości, kiedy inne osoby myją ciało, przebiegają z odchodów, karmią przez rurkę w brzuchu, życiem nie jest. Jest wegetacją. Nie sposób w pełni ocenić stanu psychicznego osoby, którą trzeba wybudzić spod respiratora, zanim się tego nie dokona. O ile przebieg był niepowikłany spadkami saturacji, udarem czy czymkolwiek innym, a sama intubacja była planowa u świadomego pacjenta, to możemy być dobrej myśli. Ale jeśli to wybudzenie po zatrzymaniu krążenia, kiedy pacjent jest wyrwany z tej drugiej strony, nigdy nie wiadomo, jak duże szkody odniósł w trakcie niedotlenienia. To okazuje się w trakcie pobudki.

– Pani Halino! Proszę się obudzić. Wstajemy... – Ordynator ciepłym głosem od kilku minut próbuje dobudzić pacjentkę, delikatnie potrząsając ją za ramię. – Halina, wstawaj! – krzyknął nieco głośniejszym głosem. – Otwieramy oczy, jak otworzysz oczy, to wyciągniemy rurkę. Ściśnij moje dłonie, otwieramy oczy. – Powrócił do ciepłego tonu.

Próbujemy wybudzić pacjentkę, od dwóch dni nie dostaje już żadnych leków sedujących. Póki nie będzie świadoma, nie możemy wyciągnąć rurki. Nasz respirator jest teraz na niskich ustawieniach, a chora generuje wszystkie oddechy sama, włączone jest zabezpieczenie, gdyby przestała oddychać. Ma oddech wspomagany przez maszynę, ale własny. Problem jest taki, że nie chce się obudzić. Nie odzyskuje świadomości.

– Tomaszu, jeśli będzie świadoma i będzie współpracować, to możecie ją rozintubować. Jakbyś miał problem, to wołaj anestezjologa – stwierdził szef, poddając się po półgodzinnej próbie wybudzenia pacjentki.

– Na pewno poproszę anestezjologa. Nigdy sam nie wybudzałem pacjenta.

– No to proste, jak masz wyciągnąć rurkę. To trzeba spuścić balonik, a wyciągając od razu odsysać. Może mieć odruch wymiotny, dlatego ma wstrzymane żywienie do sondy.

– No niby to jest proste, gorzej jak trzeba będzie po chwili ponownie ją z jakichś przyczyn intubować... – powiedziałem, jak zwykle zakładając czarny scenariusz.

– No to poprosisz anestezjologa. W sumie tak będzie lepiej – stwierdził jak zwykle optymistycznie szef.

Podziwiam go, ma ogromną wiedzę i umiejętności. Ma tylko jedną wadę, przecenia ludzi, nie każdy jest tak przenikliwy, mądry i zręczny manualnie jak on. Ja na pewno nie, ale wiem jedno, będę starał się gonić mojego mentora i mu dorównać. Pandemia wystawiła nas na skrajne warunki, a on w tym wszystkim czuje się jak ryba w wodzie. To twarda szkoła życia, okupiona ogromnym stresem i ilością pracy, ale zebrane dla mnie doświadczenie jest bezcenne.

– A i jak nie zwolni za dwie, trzy godziny... – powiedział, patrząc na monitor, gdzie widoczne częste zespoły QRS układały się nieregularnie w migotanie przedsionków z szybką akcją komór. – To zrobisz jej kardiowersję. Na razie dostała betabloker. Amiodaronu dać nie możesz, bo ma nadczynność tarczycy, a dopiero niedawno miała włączony Tyrozol.

– Szefie, kardiowersję robiłem tylko na tym kursie, co mnie szef wysłał. Na manekinie, no i widziałem parę razy na żywo.

– Chodź, pokażę ci wszystko jeszcze raz. A w razie czego...

– Wiem. Poproszę o pomoc anestezjologa. W sumie i tak to planowa kardiowersja, a musi przyjść założyć wkłucie centralne pacjentowi, więc bezpieczniej będzie, jak przyjdzie wykonać procedurę.

Co prawda ta pacjentka miała już u nas kardiowersję, ale jakoś mam obawy przed samodzielnym zrobieniem tego elektrycznego umiarowienia. W pełnej i długiej antykoagulacji jak w tym przypadku jest to względnie bezpieczne i poprawiające stan hemodynamiczny pacjenta. Niemniej uważam, że do planowej kardiowersji poproszenie anestezjologa to nie tylko dobry zwyczaj, a wręcz minimalizacja ryzyka możliwych powikłań.

– Policja, policja! Pomocy! – W oddali, gdy pochyłaliśmy się nad oddziałowym lifepackiem⁷², rozlega się krzyk z sali „R” – nie po raz pierwszy dzisiaj.

Wołanie powtarzane przez pacjenta, co jakiś czas niczym mantra, choć nic takiego się nie dzieje.

– A właśnie poproś anestezjologów o założenie wkłucia centralnego panu Kamilowi – zarządził szef, w nawiązaniu do krzyków. – Jest taki niespokojny i pobudzony od dwóch dni, a dziś rano wyrwał sobie wkłucie i nie ma mu gdzie leków podawać.

I faktycznie przy stoliku pacjenta stoi szereg opisanych nazwiskiem chorego kroplówek, których nie ma gdzie podłączyć. To dziwne, bo

dotychczas był z nim dość dobry kontakt, mimo że to osoba wybudzona spod respiratora. Spędził w sumie ponad 50 dni w szpitalu, w tym większość pod respiratorem na oddziale OIT, gdzie został przyjęty z SOR-u. To taki typ pacjenta, który najgorzej rokuje w COVID, skrajnie otyły, że aż niemobilny, po amputacji jednej nogi, z nadciśnieniem i wymagającą ogromnych dawek leków cukrzycą. Teraz do tego dołączyły urojenia prześladowcze, poczucie ciągłego zagrożenia zupełnie nieadekwatne do sytuacji. Wzywa policję, ale gdyby prawdziwy policjant przyszedł, to byłby w stosunku do niego nieufny, bo mógłby być w zмовie z „nimi”. Kimkolwiek ci „oni” są.

Pacjenci po pobycie w OIT często rozwijają zespół majaczeniowy, są zdezorientowani. Według danych, które znalazłem na stronie PTPAIO⁷³, dotyka on nawet do 80% pacjentów wentylowanych mechanicznie, a w czynnikach ryzyka wymieniono między innymi: ból, hałas, zaburzenia snu, brak rodziny, monotonność dni, hipoksemię, anemię, infekcję, choroby układu oddechowego, a także nasilające uczucie odrealnienia spowodowane anonimowością personelu. Dużo tych czynników ryzyka. A wybrałem jedynie te, które dotyczyły naszego pacjenta.

Na oddziale od pewnego czasu w pielęgnacji pacjentów pomagają sanitariuszki – studentki III roku pielęgniarstwa. Ich zadania polegają z grubsza na tym samym co opiekunek – karmią, przebierają pacjentów i mierzą im podstawowe parametry. Większość z nich nie chorowała, więc chodzą w „anonimowych” biało-niebieskich kombinezonach i wzbudzają nieufność pana Kamila. Może dlatego złapaliśmy nić porozumienia z chorym, my w przeciwieństwie do „nich” byliśmy ubrani jedynie w cienkie flizelinowe fartuszki i maseczki chirurgiczne. Nasze twarze zza maski były widoczne i rozpoznawalne, dzięki czemu mogliśmy choć trochę logicznie porozmawiać.

– Panie Kamilu, czemu pan tak krzyczy? Przecież nic się nie dzieje – powiedziała łagodnym głosem doktor Julia.

Muszę przyznać, że ma podejście do pacjentów, dawała sobie radę nawet z tym od odmawiania koronek i rzucania mięsem. Jej łagodny głos oraz to, jak próbuje ich wysłuchać i zrozumieć, działają uspokajająco nawet na rozchwianych emocjonalnie.

– Ja wiem, tylko ciągle mi się wydaje, że mnie tu trują. „Oni” chcą mnie zabić.

– Nikt, panie Kamilu, nie chce dla pana źle – przekonuje doktor Julia, łapiąc pacjenta delikatnie za rękę. – Tu wszyscy chcą pana jak najszybciej postawić na nogi.

Biorąc pod uwagę, że pacjent jednej nogi nie miał, nie była to zbyt trafna metafora, ale zadziałała.

– Kiedy ja właśnie nie mogę się ruszać, na pewno mi dajecie coś, że nie mogę się ruszać. Ja wam ufam... – powiedział, patrząc nam w oczy. Ale „oni”...

– Pan dzisiaj rano nie chciał wziąć leków, a jak już go namówiliśmy, to kazał sobie nalać wody z kranu zamiast butelkowanej – zwróciła uwagę pielęgniarka.

– Bo mi się wydaje, że mnie trują. Ja wiem, że mi się wydaje, ale nic na to nie poradzę.

– Musimy panu założyć wkłucie centralne, żeby podawać leki i kroplówki – stwierdziłem.

– Dobrze, ale nie po tej stronie, tylko po drugiej. – Wskazał ruchem podbródka. – Widzi pan, nawet mi ręce połamali. Bolą jak diabli i nie mogę ich unosić, tylko przesuwam takim ruchem krabika. – Pokazał jak dłoń ruchem faktycznie przypominającym poruszanie kraba może się przemieszczać do góry po stromej powierzchni brzucha.

– Nikt panu rąk nie połamał, ma pan niedowład od długiego leżenia na OIOM-ie, mięśnie nie pracowały, to i siły nie mają. To z czasem wróci podczas rehabilitacji.

– To po co mi to było... – powiedział pacjent płaczącym głosem.

– No, żeby panu uratować życie, respirator przeżywa 10–15% osób z COVID-em – odpowiedziałem.

– O to miałem dużo szczęścia? – ożywił się, a zmiana emocjonalna była wręcz uderzająca.

– Tak – przyznałem. – I z każdym dniem jest pan bliżej domu. Saturacja 97% na 2 litrach tlenu to bardzo ładny wynik, zwłaszcza po respiratorze. – Zgadza się pan na to wkłucie? – upewniam się. – Poprosimy anestezjologa.

– Tak – odparł z uśmiechem.

#

– Odsunąć się od pacjentki. Ładuję... – powiedział anestezjolog, rzucając okiem po wszystkich przed wykonaniem kardiowersji.

Po wciśnięciu przycisków wyładowania mija niewielka chwila, zanim następuje wstrząs. Aparat musi zsynchronizować się z czynnością serca i wykonać kardiowersję w odpowiednim czasie zachodzących zmian elektrofizjologicznych. Dlatego nie wolno odrywać łyżek defibrylatora po wciśnięciu przycisku, a trzeba poczekać na wyładowanie. W przeciwieństwie do defibrylacji, która następuje natychmiast po naciśnięciu obu przycisków łyżek.

Delikatny wstrząs przeszedł przez ciało pacjentki, a sprytne urządzenie zaczęło wypluwać zapis EKG z próby umiarowienia. Udało się – wrócił rytm zatokowy, a chora zwolniła. Obserwowaliśmy ją jeszcze przez parę chwil, jako że miała się wybudzać, musiała otrzymać leki usypiające i przeciwbólowe do tego „nieco” nieprzyjemnego zabiegu.

– Doktorze, a co z tym jej wybudzaniem? – zapytałem.

– No nikt nie wybudza pacjentów wieczorem czy w nocy, jak się dziś nie obudziła, to jutro trzeba próbować. To, co dostała, szybko przepali, damy jej niewielki wlew propofolu, zatrzyma go pan o siódmej rano i będzie można w dzień znowu podjąć próbę. Niektórzy potrzebują czasu.

Pacjentka szykowana do wybudzenia oddychała „samodzielnie”⁷⁴ przy pomocy respiratora, ale nie była świadoma. Dobrze, że nie miała swoich zębów, bo ewidentnie co jakiś czas „żuła” rurkę intubacyjną. Takie odruchy u płytko śpiących czy wybudzanych pacjentów są normalne, choć trzeba na nie uważać.

– Dzień dobry, panie Kamilu – odezwał się anestezjolog.

– O nie, ja go nie chcę... – jęknął chory.

– Przyszedłem założyć wkłucie – odpowiedział spokojnie doktor Shot.

– Nie chcę, żeby to był on, chcę innego... Boję się... – biadolił pacjent.

– Panie Kamilu, spokojnie, doktor musi założyć wkłucie – tłumaczyła doktor Julia. – Musimy podawać leki...

– A to musi być on? – zapytał pacjent z nieufnością.

– Nie ma innego anestezjologa na dyżurze. Poza tym to ten doktor jest jednym z tych, którzy uratowali panu na OIOM-ie życie – kontynuowała koleżanka.

– Ja nie chcę tu być... – rozpacział.

– Ja też nie chcę tu być – odpowiedział anestezjolog.

– I ja nie chcę tu być – dodałem zgodnie z prawdą.

– I ja – włączyła się doktor Julia.

– Ale tu jesteśmy i koledzy wezwali mnie, żebym panu założył wkłucie. Niektórych leków nie ma w tabletkach, a i krew można będzie pobrać łatwo. Zgadza się pan? Jak nie, to dziękuję i idę – powiedział powoli i spokojnie anestezjolog.

– A mam wybór? – zapytał pacjent, patrząc nieufnie na ubranego w pełny kombinezon anestezjologa.

– No zawsze ma pan wybór, ale nie byłoby to rozsądne – stwierdził doktor Shot.

– Przecież chce pan wrócić do domu, tak? Musi pan więc brać leki – wtrąciła doktor Julia. – Jaki ładny kotek... – dodała, spoglądając na kartkę z życzeniami na stoliku. – Lubi pan koty?

– Uwielbiam! – potwierdził pan Kamil. – Moja jest przepiękna.

– O, ja też mam kotkę w domu – podchwycił anestezjolog, razem z pielęgniarką, szykując potrzebne do wkłucia centralnego rzeczy.

Pan Kamil spojrzał na niego jakby nieco przychylniejszym wzrokiem.

– A jakiej rasy jest ta kotka? – dopytywała doktor Julia.

– Neva masquerade, znacie taką? – zapytał chory z dumą.

– Nie – odpowiedzieliśmy z Julką.

– To takie połączenie kota syjamskiego z syberyjskim. Moja ma takie umaszczenie biało-beżowe. A jaki ma charakter...

– Psoci? – podsunąłem, zupełnie nie znając się na kotach.

– A gdzie tam, to arystokratka – oburzył się pan Kamil.

– Dobrze, zaczynamy, muszę przykryć pana twarz taką chustą niebieską i odsłonić sobie miejsce na szyi, gdzie będzie ukłucie.

– Dobrze, ale niech pani patrzy na ręce, dobrze? Ja wiem, że mi się wydaje, ale „oni”...

– Będziemy patrzeć, niech się pan nie martwi – zapewniła doktor Julia.

Parę chwil później i po kilku zręcznych ruchach cewnik naczyniowy był już na swoim miejscu.

– No to ładnie poszło. Myślałem, że będzie gorzej, bo pan ma dość krótką szyję.

– No ABS⁷⁵... – powiedział, śmiejąc się chory.

Nieco później podziękowaliśmy doktorowi i życzyliśmy sobie, aby więcej się tego wieczoru nie widzieć. Na próżno. Dosłownie za dziesięć minut alarm z kolejnej sali zawiadamiał, że coś niepokojącego dzieje się z pacjentką pod respiratorem. To dokładnie ta, u której była kardiowersja,

tym razem spadła saturacja i wyglądała, jakby jadła coś dobrego, a w zasadzie żuła...

Żuła rurkę intubacyjną, dobrze, że nie miała zębów, bo istniałoby ryzyko, że ją zagryzie i znacząco utrudni wentylację. Nasza wybudzana pacjentka koniecznie chciała pozbyć się umocowanej rurki, ale bez powrotu świadomości. To raczej rodzaj automatyzmu jak odruch ssania u dzieci, sprawił, że milimetr po milimetrze, przeżuwając, wysuwała sobie rurkę z krtani – prawie jej się udało. Saturacja groźnie spadła, zwiększyłem procenty mieszaniny tlenu z 45 na 100, odessałem ssakiem zawartość jamy ustnej i trzymając rurkę w dłoni, chroniąc ją przed dalszym wysunięciem, spróbowałem jeszcze parę razy uzyskać jakąkolwiek świadomą reakcję.

– Pani Halino, wstajemy! – krzyknąłem parę razy.

Na nic się to zdało, pozostawała bez reakcji na bodźce, z oczami ufiksowanymi w jednym punkcie, nie chciała współpracować. Spuściłem balonik uszczelniający i pod kontrolą laryngoskopu spróbowałem ją włożyć głębiej w prawidłowe położenie, ale z jakiegoś powodu czy to z giętkości cieplej rurki, czy napięcia krtani spełzło to na niczym. Znowu uszczelniłem balonik, ciesząc się, że nie jest całkiem poza drogami oddechowymi i pacjentka jeszcze się jakoś wentyluje. Zadzwoiłem po anestezjologa.

– Doktorze, prosimy ponownie, pacjentka się rozintubowała. Stoję i trzymam koniec rurki w drogach oddechowych.

– Żartujesz, prawda? Przecież przed chwilą od was wyszedłem – odpowiedział doktor Shot.

– No nie, przepraszam to nie moja wina. Taki oddział, to ta po kardiowersji, żuła rurę i wyżuła, jeszcze chwilę, a w ogóle by była bez.

– Zaraz będę.

Czekając na anestezjologa, poprosiłem pielęgniarki o naszykowanie AMBU, rurki intubacyjnej i zestawu do reanimacji. Miałem tylko nadzieję, że się nie zatrzyma, gdyby się całkiem rozintubowała. Przynajmniej byłem gotowy na wszystko.

Po paru minutach przyszedł starszy kolega i zaintubował pacjentkę, jej krtan napinała się i trzeba było ją zwiotczyć, żeby włożyć rurkę. Potem już bez problemów chora spała sobie farmakologicznym snem do rana.

Lekarz pracujący na ciężkim oddziale powinien kalkulować sobie, kto jest, w jakim stanie i kto się może zatrzymać. Ba, powinien przewidzieć „planowe zgony” tam, gdzie jest to nieuchronne lub całkowicie od niego niezależne. Tudzież nagły zgon dziewięćdziesięciosiedmiolatki

zakwalifikujemy do kategorii potencjalnie spodziewanych zgonów, a pacjenta z rozsianym procesem nowotworowym umierającego od kilku dni do kategorii planowych zgonów. Należy unikać „niespodzianek”, a takie niestety w dobie COVID-a zdarzają się dość często i jak to bywa z niespodziankami – są niespodziewane.

Tuż po drugiej w nocy, kiedy piaskowy dziadek sypał w oczy piachem niczym zimowa piaskarka na niemieckich drogach, wpęźłem do mojego świątecznego prezentu, który kupiłem sobie od żony. Dokładnie tak było – to nie błąd, bo to prezent od żony pod choinkę, na który sam wpadłem, sam sobie zamówiłem i sam zapłaciłem, ale przynajmniej byłem zadowolony. Ciepły śpiwór na dyżurze to cudowna sprawa, którą zacząłem właśnie doceniać. Jest się niezależnym od szpitalnej często sfatygowanej pościeli i można szybko w ubraniach wskoczyć i zwinąć się w kokon błogiej ciemności i ciepła, z którego wybudza nachalny dzwonek służbowego telefonu. Tym razem dzwonka nie było, a mnie już rozkosznie zaczęło robić się ciepło, powieki zaś miałem coraz cięższe, gdy niczym żołnierz tak wyszkolony, by na pewne sytuacje reagować natychmiast, zerwałem się z mojego ciepła. Takim bodźcem o 2.30 w nocy jest niewątpliwie hałas szybko zbliżających się kroków, wręcz pędzących. Jest tylko jeden powód, dla którego pielęgnarka lub opiekunka tak biegnie. Wiem już co, nie wiem tylko kto.

Wyskoczyłem ze śpiwora i wciągnąłem na nogi wiszące na oparciu fotela spodnie. Ręką jeszcze namacałem w ciemności słuchawki i bluzę medyczną, gdy otworzyły się drzwi.

– Kto?

– Kamil – powiedziała pielęgnarka, zrozumieliśmy się bez słów.

– Budź Julkę i zawiadom zespół reanimacyjny – zadysponowałem, biegnąc w kierunku sali intensywnego nadzoru.

Kiedy dotarłem na salę, pan Kamil był sino-blady, jego skóra była pokryta marmurkowatą mozaiką. Ten obraz zwany również sinością siatkowatą jest charakterystyczny dla dużego stopnia niedotlenienia⁷⁶. Występuje najczęściej na obwodzie, głównie kończynach, i jest cechą centralizacji krążenia, tętniczki doprowadzające krew ulegają skurczowi, a naczynia żyłne odprowadzające krew się poszerzają. Skóra, z której krew odpływa, robi się blada, a naczynia żyłne zawierające odtlenowaną krew widoczne, tworzą wspomniany obraz marmurkowej mozaiki. Dlaczego zachodzi taki mechanizm? Organizm robi wszystko, żeby przeżyć, a więc obkurcza

naczynia tam, gdzie może, kierując krew do kluczowych dla życia narządów: serca, płuc i mózgu. Nic więcej w takiej sytuacji się nie liczy.

– Rurkę osiem i laryngoskop z krótką łyżką. Beata, biegnij po i-gela, rozmiar 4 i lifepacka. Wątpię, żeby udało mi się go zaintubować. Jak doszło do zatrzymania? – pytam, próbując wentylować pacjenta workiem AMBU, ale nie idzie, za duży opór.

Przekłęta krótką szyja, on w zasadzie wcale nie ma szyi – to głowa przytwierdzona do korpusu – myślę.

– No byłam u niego i spał, przeszłam do drugiej sali i usłyszałam alarm, saturacja zaczęła lecieć na łeb na szyję. Zawołałam Ulę i zaczęłam masować, a pan po chwili przybiegł – odpowiedziała jedna z pielęgniarek. Nowa, nie pamiętam jej imienia, ale po ostatnich dwóch dyżurach zauważyłem, że ma ten zmysł potrzebny do szybkiej reakcji i podejmowania decyzji.

Wkładam laryngoskop, nie widzę zupełnie nic, nie widzę nagłośni, wszystko zalewa wydzielina, a miękkie tkanki napierają na łyżkę w rytm uciśnięć klatki. Gdybym tylko choć na chwilę zobaczył nagłośnię, ale nic, krótką szyja, kurwa mać.

– Nie zaintubuję go na ślepo. Dajcie i-gel i podłączcie elektrody od lifepacka – powiedziałem do pielęgniarki, która dopiero co przyniosła sprzęt. W sumie niepotrzebnie, bo same zaczęły już podpinąć elektrody, a zieloną rurę właśnie wyciągały z opakowania i smarowały żelem po przeciwnej do miejsca, gdzie przylegać będzie krtań, stronie. Rozumiemy się bez słów. Przez myśl mi przeszło, że mam wspaniały zespół i każdy wie, co robić. Wygląda to jak modelowe scenki z kursu ALS, tylko że tam jest manekin, a tu żywy człowiek.

Od naszych działań zależy, czy będziemy za chwilę pakować go do worka owiniętego w dezynfekcyjne szmaty, czy stabilizować na respiratorze. Rozwarłem ponownie usta pacjenta, wepchnąłem żelową rurkę aż do zaznaczonej kreską granicy.

– Wentyluje się – stwierdziłem po krótkiej chwili, osłuchując pola płucne. Doktor Julia w tym czasie zmienia uciskającą klatkę pielęgniarkę i w ciągu tych kilku sekund oceniamy rytm. Zapis na monitorze pokazuje czynność serca, ale tętna nigdzie nie czuć – jak zwykle, kurwa mać, PEA.

Po kilku dłuższych minutach przyszedł anestezjolog i zaintubował pana Kamila. Zmienialiśmy się w regularnych odstępach przy uciskaniu

olbrzymiej klatki piersiowej. Bezskutecznie. Po godzinie reanimacji i 25 minutach wyświetlanej na monitorze asystolii, złani potem, odstąpiliśmy.

Elektrolity w normie, parametry zapalne bez szału, nie było cech wstrząsu, osłuchowo szmer symetryczny, brak cech odmy. Zator? Zaburzenia rytmu? Cholera wie, nikt nic nie widział niepokojącego na monitorze wcześniej, być może coś mimo leczniczych dawek heparyny delikatnie siało już wcześniej do mózgu i prowadziło do zaburzeń zachowania? A może to coś, co przekracza medycynę i nasze pojmowanie rzeczywistości? Może przeczuwał swój koniec i dlatego był taki nieufny oraz prosił, żebyśmy go wypuścili do domu? Nie wiem.

– No to się ze mną pożegnał. A jeszcze sobie pogadaliśmy o kotach i pożartowaliśmy dzisiaj... – powiedział przybity doktor Shot.

– No dla mnie to też było zaskoczenie – odpowiedziałem zgodnie z prawdą.

– A jak ta druga?

– Na razie śpi.

– No to dobrze.

– Doktorze?

– Tak?

– Dziękuję za pomoc.

– Nie ma za co – odpowiedział, zawahał się, jakby chciał coś dodać, ale nie wypowiedział tego. Widać, że dla niego też jest to trudne, w końcu przez wiele dni to był jego pacjent.

Niestety taką mamy pracę, zrobiliśmy, co do nas należy, ale ponieśliśmy porażkę. Pan Kamil przeszedł przez COVID, wytrzymał pobyt na oddziale intensywnej terapii, u nas dochodził do siebie, był rehabilitowany i wymagał coraz mniej tlenu i co? Tak po prostu umarł? Tak po prostu...

Rozdzierający szloch, niczym ryk śmiertelnie rannego zwierzęcia jeszcze długo świdrował mi w uszach po wykonaniu telefonu do rodziny. Ten niedający się opisać akt rozpaczony na długo zostanie w mojej pamięci. Tak może płakać tylko jedna osoba po swoim bliskim. Matka. Ja zaś byłem tym felernym posłańcem, który złamał jej serce.

Siedzimy jeszcze tak przez chwilę w milczeniu razem z Julią, słyszała płacz wydobywający się ze słuchawki telefonu, choć nie tak wyraźnie jak ja przy uchu. Nic więcej nie możemy zrobić.

Ręce po akcji reanimacyjnej mi się trzęsą, ustępuje adrenalina i zaczynam odczuwać fizyczne zmęczenie. Uciskanie klatki piersiowej jest ogromnym

wysiłkiem, zwłaszcza u tak dużego pacjenta. Na lewym przedramieniu widzę ślad krwi. No tak, nie zdążyłem włożyć fartucha, wybiegając do pacjenta. Musiałem się zachlapać pomieszaną z krwią śliną, kiedy wyciągałem i-gela, żeby zrobić miejsce dla anestezjologa – pomyślałem.

Pod prysznicem długo i dokładnie myłem ubrudzoną krwią rękę, mimo że dawno już żadnej krwi na niej nie było. Gorący prysznic, pod którym stałem dobre kilka minut, sprawiał, że napięte mięśnie pleców nieco odpuszczały. Dziesięć minut do czwartej spojrzałem na zegarek i niczym larwa mająca się przepoczwaczyć zwinąłem się w kokon z mojego śpiwora i natychmiast zasnąłem na kanapie. W nocy jeszcze wiele może się wydarzyć... Na szczęście nie wydarzyło się nic.

– Spałaś? – zapytałam doktor Julię robiącą właśnie poranne cukry, zlecając chorym insuliny.

– Nie bardzo – przyznała.

– To niedobrze. Musimy wypoczywać. Jak mawiał mój były szef: „Odpoczynek naszą bronią!” – powiedziałem dziarskim tonem.

– Wiem, jeszcze się nie mogę przyzwyczaić, za dużo tu hałasów – odpowiedziała doktor Julia, choć myślę, że to nie hałas sprawił, że nie mogła zasnąć.

– Z czasem będzie łatwiej, musimy się w pracy odciąć od pewnych „hałasów”, inaczej będzie ciężko.

#środa 13 stycznia

Dziś nie mam dyżuru, jestem normalnie w pracy, ale cieszę się, bo jeden z naszych długo leżących pacjentów wychodzi do domu. Pan Jacek spędził z nami pięćdziesiąt ciężkich dni. Jest bardzo słaby, to cień człowieka, którego przyjmowaliśmy do szpitala, ale żyje. Wychodzi do domu po bardzo długim czasie. „Mam dla kogo żyć” – powiedział na dyżurze półtora miesiąca wcześniej, pokazując zdjęcie wnuczki, a teraz dotrzymał słowa danego rodzinie.

W porozumieniu z Kliniką Transplantologii zakwalifikowaliśmy go do przeszczepu płuc, wychodzi zwycięsko, choć twarz oplatają mu zielone wąsy z tlenem, w domu czeka maszyna, która będzie ten tlen mu podawać, zagęszczony z powietrza atmosferycznego – koncentrator. Z panem Jackiem wiele przeszliśmy na naszych dyżurach, kilka razy było o włos

od niedotrzymania obietnicy. Wie, że piszę książkę, i zgodził się odpowiedzieć na parę pytań z perspektywy pacjenta.

Zamknąłem drzwi za sobą i usiadłem na krześle koło łóżka. Mimo wąsów tlenowych pan Jacek oddycha ciężko. Przed chwilą miał atak kaszlu.

– Wszystko w porządku? – zapytałem.

– Wie pan, są takie momenty, kiedy ta duszność się nasila... Ale cieszę się, że wychodzę do domu.

Koło łóżka stoi spakowana torba. Lepszego stanu zdrowia u niego nie osiągniemy.

– Pamięta pan, jak do nas trafił? – zapytałem.

– Tak. Jeszcze tutaj byłem w stanie na własnych nogach dojść. To wszystko pamiętam, później było gorzej. Te momenty, kiedy ta saturacja gwałtownie spadała, mimo podawanego tlenu... Nasilanie się tej duszności... Paniczny strach. Tego strachu się nie da opanować. To się tak wydaje, że człowiek, jak się dusi, to panikuje – to nie jest panika, to jest coś co... co... w trudnych chwilach przerasta człowieka – powiedział, wyraźnie szukając słów, aby opisać to, co w zasadzie dla osoby, która tego nie przeżyła, jest nieopisywalne.

– Ale jednak pan bardzo ładnie z nami współpracował. Miał pan najpierw high-flow z wysokim przepływem tlenu i leżał tyle godzin na brzuchu, i spełniał wszystkie nasze zalecenia. To musiało być dla pana bardzo trudne. Prawda?



Pacjent w trakcie terapii HNFC w „prone position”.
Fot. kolekcja własna

– No oczywiście, że tak... No wie pan... Jeśli człowiek zdaje sobie sprawę, że od tego zależy jego życie, to tak naprawdę jest wiele w stanie znieść, żeby tylko przeżyć...

– Był pan też bardzo długo na NIV-ie, tej masce podłączonej do respiratora. Pierwszy kontakt z tą maską – jak to z pana perspektywy wyglądało?

– Po pierwsze ta maska jest bardzo, bardzo, bardzo niewygodna. Wszędzie te paski się wpijają i trzeba się nauczyć przede wszystkim, jak w tym oddychać... Bo ten tlen jest dosyć mocno podawany. Pierwszy moment jest taki, że człowiek zaczyna się bardziej dusić i dopiero po chwili łapie w tym oddech. Jest uciążliwa... No nie da się... Jedyne sposoby, żeby się napić na przykład, a jak się ma tę maskę, to powietrze wysusza wszystko i chce się pić, więc można sobie delikatnie strzykawką podawać picie. Inaczej się tego nie da...

– Pamięta pan, jak długo miał tę maskę? – pytam.

– Dwa–trzy tygodnie...

– Był taki moment kryzysowy na naszym wspólnym dyżurze. Kiedy było naprawdę źle. Ja wtedy proponowałem panu intubację, pan jednak wytrzymał na brzuchu całą noc.

– Pamiętam... Przynajmniej jak to się zaczynało... Fragmenty... Mocno się dusiłem, a pan przyszedł i proponował, że zaraz anestezjolog przyjdzie, czy zgadzam się na intubację... Wtedy wiem, że powiedziałem coś takiego, że... Może spróbujemy, jeszcze zaczekać, jeszcze chwilę... No i ta chwila to było to... Oddech powoli powrócił... A był jeszcze ten strach, że się zaśnie i nigdy się nie obudzi...

– Co powiedziałyby pan osobom, które nie wierzą w koronawirusa i nie chcą się szczepić?

– Że popełniają straszny błąd, narażają siebie i swoich bliskich. Niech nie daj Bóg, wróci do domu taki tatuś i zarazi własne dzieci albo rodziców. I komuś się coś stanie, to sobie nigdy tego nie wybaczy. Będzie sobie rwał włosy z głowy, co zrobił. A czasu nie da się cofnąć. To jest straszna choroba, naprawdę straszna. Ci ludzie nie zdają sobie sprawy z tego, o czym mówią, są nakręceni, szczerze mówiąc przez paru głupków, którzy piszą głupie komentarze na Facebooku – odpowiedział pan Jacek, a rozmowa wyraźnie go zmęczyła.

– Panie Jacku, dzisiaj idzie pan do domu. Dużo zdrowia, przed panem długa rehabilitacja albo poważny zabieg. Proszę dawać znać co u pana.

– Dziękuję.

#

Pan Jacek wysłał mi MMS z życzeniami na Wielkanoc. Minęły ponad 3 miesiące od jego wyjścia ze szpitala, więc zadzwoniłem. Kiedy odebrał,

okazało się, że był na krótkim spacerku w ogródku wraz z wnuczką. Od dwóch tygodni wychodzi z domu, a koncentratora tlenu używa już jedynie w nocy. Wygląda na to, że nie będzie potrzebować przeszczepu płuc.

#niedziela 17 stycznia

Dziś mam dyżur w Lwiej Górze, oddział tu jest zdecydowanie mniejszy i zazwyczaj łżejszy, ale jak to w COVID-zie również nieprzewidywalny. Wcześniejszy dyżur trzy dni temu był niczym relaks na plaży i nie działo się nic godnego uwagi. No może poza tym, że pioniersko w tej jednostce ściągnąłem osocze ozdowieńców dla jednej pacjentki. To ten był niczym tropikalna plaża, z czającą się na horyzoncie niewielką czarną chmurą. Liczba pacjentów w ciągu weekendu uległa podwojeniu z ośmiu w czwartek do szesnastu w niedzielę, doszło również dwoje ciężkich pacjentów na NIV-ie, o czym nie omieszkał poinformować mnie dyżurny, którego zmieniałem. Oczywiście w porównaniu do mojego rodzimego oddziału to pikuś. Jedyna różnica jest taka, że tu stosują maski pełnotwarzowe, zamiast podnosowych czy tych opierających się na nosie. Niewątpliwą zaletą tego rozwiązania jest brak trwałego ucisku na nos i tworzenia w tym miejscu odleżyn, bo maska zakrywa całą twarz łącznie z oczami. Uszczelniająca zaś guma opiera się na czole i schodzi ku dołowi wzdłuż kości jarzmowych i policzków, by kończyć się na brodzie. To co prawda nie daje odleżyn, ale może powodować klaustrofobiczne uczucia, no i zwiększone ciśnienie oraz wysokie stężenie tlenu nie jest obojętne dla oczu. Ogólnie tlen w stężeniach, które podajemy, działa wręcz uszkadzająco – zwłaszcza na śluzówki nosa i gardła, powoduje krwotoki i wysusza, ale dla zniszczonych płuc jest jedyną szansą na odpowiednie wysycenie przepływającej przez nie krwi.

Nawet ta dwójka na NIV-ach była we względnie dobrym stanie, jak na konieczność wentylacji nieinwazyjnej i można było im zredukować zarówno ciśnienia, jak i stężenie tlenu. Dopiero na przedostatniej sali cichutko w kąciku leżała prawie stuletnia staruszka, choć może cichutko – to złe słowo, bo charczenie jej oddechu było słyszalne zaraz po wejściu. Niemniej nie odzywała się i ciężko łapała powietrze w rytm warkotu rozdzierającego jej klatkę. Pacjentka umierała, ale nie były to jeszcze rżenia przedśmiertne, jakie potrafią wystąpić w końcowej fazie agonii, te

idą wyżej z gardła i jamy nosowej, zazwyczaj nie powodując większego dyskomfortu choremu. Tu były rozlane nad całymi polami płucnymi, po zmierzeniu ciśnienia osiągającego 190/100 mmHg^{ZZ}, było już dla mnie jasne, że do niewydolności oddechowej w przebiegu COVID-a dołączył obrzęk płuc, a on powoduje „dyskomfort”. Standardem w leczeniu obrzęku płuc jest trójka leków: tlen, diuretyk pętlowy i lek rozszerzający naczynia, czyli w naszym wypadku nitrogliceryna podawana w pompie. Pacjentom pobudzonym i niespokojnym należy dodać morfinę, ma działanie znoszące uczucie duszności i przeciwłękowe, a lęk przed śmiercią w trakcie obrzęku płuc potrafi być paniczny. Staruszka, zwinięta w kulkę na jednym boku, z przykurczami i zanikami mięśni nie była pobudzona, nie reagowała na bodźce. Z czystym jednak sumieniem zaordynowałem jej dawkę morfiny, mającą uśmierzyć ból, duszność i zniwelować lęk. To, że pacjent nie demonstruje werbalnie bólu, że nie pokazuje lęku, nie znaczy, że one nie występują.

Nie wiemy, jak się czuje osoba w skrajnym otępieniu. Czy leżąc bez kontaktu odczuwa emocje? Strach? A co jeśli ten zniszczony chorobą organiczną mózgu umysł jest zamknięty w więzieniu ciała i strasznie się boi? To, o czym nie powinniśmy nigdy zapominać, to to, aby zapewnić jak najlepszy komfort umierającym. Tego dnia jednak pacjentka wcale nie umarła, po wyprowadzeniu z obrzęku płuc jej saturacja się poprawiła i zaczęła spokojniej oddychać. Jeszcze nie nadszedł jej czas, nie na moim dyżurze.

Na ostatniej sali leżała dość solidnej postury kobieta. Urodzona w roku, w którym powstał Pałac Kultury i Nauki, a więc w kryteriach internistycznych dość młoda, wyglądająca poza tym na dziesięć lat mniej. Niedoczynność tarczycy, nadciśnienie i już całe obciążenia, jeśli kurtuazyjnie przemilczymy plagę dzisiejszych czasów – otyłość.

Pacjentka zgłosiła się z powodu gorączki i kaszlu cztery dni wcześniej na izbę. Tam wykonano jej test antygenowy i potwierdzono obecność wirusa. Mimo nalegań lekarza zdecydowała się na leczenie w domu, wówczas utrzymywała 97% saturacji bez tlenu. Lekarz poprosił, aby przyszła na kolejny dyżur. Wczoraj zgodziła się na przyjęcie na oddział – saturację bez tlenu miała zaledwie 88%. W trakcie porannej wizyty twierdziła, że czuje się dość dobrze, choć oddychała ciężko w masce z rezerwuarem przy 15 litrach tlenu, niebieskie cyferki pulsoksymetru pokazywały optymistyczną wartość 97%.

Zmartwiłem się, bo nie słyszałem prawidłowego szmeru pęcherzykowego płuc, w uszach rozbrzmiewały mi masywne trzeszczenia zagłuszające wszystko. Jakby cały pluton żołnierzy w ciszy maszerował po suchym śniegu. Nie miała tomografii, tę zaplanowano na jutro. Niestety w tym szpitalu nie ma jeszcze tomografu. Myślę, że ma zajęte 80% płuc, może więcej. Czegoś takiego dawno nie słyszałem.

W dyżurce poprosiłem pielęgniarkę o zwrócenie większej uwagi nad tę pacjentką.

– Ta nowa pacjentka. Prędzej czy później się załamie. Trzeba uważać, żeby nie przeoczyć momentu, w którym będziemy musieli zastosować NIV.

– Tak pan sądzi? – zapytał pielęgniarka. – Przed chwilą miała saturację 97%.

– I dalej ma, ale się załamie. Tak czuję.

Nawet w obserwacjach wpisałem, że stan pacjentki dobry, ale w ocenie lekarza dyżurnego chora wysokiego ryzyka nagłego zaostrzenia niewydolności oddechowej. Nie spodziewałem się jednak, że to będzie aż tak nagłe pogorszenie. Zazwyczaj pacjenci COVID-owi „psują się” w ciągu kilku dni. Wirus zjada płuca, tracą dziennie parę procent saturacji, wymagają coraz więcej tlenu, a w końcu ciśnienie w drogach oddechowych zaczyna siadać. Czasem choć rzadko pogorszenie następuje w ciągu kilku godzin. Takie spektakularne przypadki mieliśmy na samym początku pandemii wiosną. Dwoje pacjentów traciło po 10–20% saturacji, co jakiś czas łądując po kilku godzinach na respiratorze. U tej pacjentki rozgrywało się to w ciągu minut – a czegoś takiego jeszcze nie byłem świadkiem.

– Doktorze, ta pacjentka, co doktor mówił, ma 60% saturacji. Siedzi na łóżku i szybko oddycha – powiedziała pielęgniarka przez telefon.

– Rozkręćcie jej tlen do oporu, będę za minutę. – Zebrałem się szybko, żeby zbiec piętro niżej na oddział COVID-owy.

Na monitorze faktycznie 60% saturacji, a chora oddycha szybko i nie bardzo jest w stanie mówić. Po rozkręceniu tlenu saturacja rośnie powoli zaledwie o kilka procent.

– Coś boli? Boli w klatce? – pytam szybko.

– Nie... – mówi z trudem kobieta.

O duszność nie pytam, bo i po co, widzę, jak dyszy.

– Coś się wydarzyło? Że się pani zaczęła tak czuć? – dopytuję.

– Nie... przyduśiło mnie... musiałam... usiąść... – odpowiada, dzieląc zdanie na urywane słowa pomiędzy oddechami.

Monitor mruga i wyje szaleńczo, wyświetlając czerwone wartości zarówno saturacji, jak i tachykardii, tętno wcześniej spokojne teraz wskazuje 150–160 uderzeń serca na minutę.

- Przynieście szybko NIV-a.
- Nie mamy już tych dużych masek na twarz – odpowiada pielęgniarz.
- Nieważne, dajcie taką na usta i nos, rozmiar L, tylko szybko.
- Proszę się nie bać, zaraz przyniesiemy taką maszynę z maską, żeby pomogła pani oddychać, a teraz muszę panią dokładnie obejrzeć.
- Dobrze...

Zarówno nogi, jak i tułów, i kończyny górne usiane były marmurkową mozaiką, czego na wizycie porannej nie było. Siność siatkowata.

- Połączcie mnie z anestezjologiem i dajcie telefon przenośny – krzyknąłem do idącego z NIV-em pielęgniarza.

NIV kupi nam czas, ale pacjentka wygląda, jakby miała za chwilę się zatrzymać. Biedna kobieta, w pełni świadoma tego, co widzi i słyszy, ale niezdająca sobie sprawy ze swojego stanu. Nie było czasu na wyjaśnienia, więc robiłem to pokrótce w trakcie zakładania maski do wentylacji nieinwazyjnej.

Uff... Przy 100% tlenu i podstawowych ustawieniach ciśnienia odbiła na 90% saturacji.

- Proszę z panią zostać – powiedziałem, wychodząc na korytarz, żeby zadzwonić. Nie chciałem, aby słyszała mnie pacjentka. Nie ma potrzeby dokładać jej stresu i tak się wystarczająco boi. – Doktorze, proszę o pilną konsultację. Mam pacjentkę... – opowiedziałem w skrócie, co wiedziałem u chorej. Podejrzewam, że mogła się nałożyć na COVID zatorowość płucna.

Tak gwałtownie postępującej niewydolności nie widziałem, z tym, że D-dimery z dzisiaj wynoszą tylko 700 ng⁷⁸. Albo mamy obraz burzy cytokinowej, nie mam oznaczonej interleukiny 6⁷⁹, to badanie wykonywane przez laboratorium zewnętrzne, trzeba by było długo czekać.

- Zaraz będę.

Tymczasem saturacja pacjentki zaczęła znowu spadać, podkreśliłem ciśnienia. Na chwilę pomogło. Anestezjolog był po pięciu minutach, zaleta OIT-u w tym samym budynku.

- 94% saturacji to nie tak źle – powiedział, patrząc na monitor.
- Doktorze, zanim pan przyszedł, musiałem zwiększyć ciśnienie, bo saturacja zaczęła lecieć dosłownie 3 minuty temu – poinformowałem.

Wpatrujemy się w pacjentkę i monitor. 92, 91, 89, 87% spada w ciągu kolejnych może 20–30 sekund. Znowu zwiększam ciśnienia o dwa mmH₂O. 85, 87, 92, 91, 89. Znowu spada, na naszych oczach cyferki lecą na łeb, na szyję.

– Biorę ją. Szykujcie sprzęt do intubacji. Mamy szczęście, że zrobiło mi się jedno miejsce.

W ciągu kolejnych kilku minut, w których szykowano leki i sprzęt do intubacji, zwiększyłem pacjentce nastawy na maksymalne, jakie przytomny człowiek może tolerować. Całość intubacji wraz z podłączeniem do respiratora trwała kilkanaście sekund. Z wielką ulgą przekazałem chorą pod skrzydła doświadczonego kolegi. Zostało mi powiadomić rodzinę, reszta w rękach personelu OIOM-u.

– Dobry wieczór, Tomasz Rezydent z oddziału COVID-owego w szpitalu w Lwiej Górze, czy pan jest rodziną pacjentki?

– Tak, mężem.

– Żyje – mówię na wstępie, bo takich wieści najbardziej boją się ludzie, kiedy lekarz sam do nich dzwoni ze szpitala. Zwłaszcza o niestandardowych porach. Opowiadam dokładnie, co się z nią dzieło, nie ukrywając niczego. – Jest teraz zaintubowana i wentylowana mechanicznie pod opieką anestezjologów na oddziale intensywnej terapii.

– Przeżyje?

– Nie wiem, jest w stanie bardzo ciężkim.

– Boże, co ja mam powiedzieć dzieciom? Co ja mam im powiedzieć?

– Najlepiej prawdę – podpowiadam zgodnie z tym, co sam bym zrobił.

#

Minus czternaście stopni, oddech mi zamarza, czuję, jak szron osadza mi się na brodzie, zimno mi w tyłek, a ręce oczywiście bez rękawiczek, które zostawiłem w domu, grabieją przy skrobaniu szyb. Nie pamiętam, kiedy ostatnio były takie mrozy. Żołędziowa przepowiednia pani Dominiki się sprawdziła. Teraz modlę się, żeby moje pełnoletnie passerati odpaliło. Z dieslem różnie bywa, ale już chwilę później mój srebrny passacik sunął po zamrożonej jezdni, zabójcze 40 kilometrów na godzinę. Szybciej przy tych warunkach bym się bał, mimo zimowych opon bardzo łatwo wpaść w poślizg. Średnio na polskich drogach ginie 11 osób dziennie, nie zamierzam dołączyć do tego „zaszczytnego” grona.

#wtorek 19 stycznia

Dziś nie mam dyżuru. Generalnie mam teraz taki luz w grafiku, że nie wiem, co ze sobą zrobić. Załedwie 8 całodobowych dyżurów, no i do tego normalna praca w tygodniu do piętnastej. To taki paradoks. Prosiłem szefa o więcej wolnego, bo praca wypełniała mi większość życia, a kiedy to wolne już mam, to czuję dziwną pustkę. Niczym narkoman pragnący kolejnej działki. Gdyby ktoś mi zaproponował, że chce oddać swój dyżur, pewnie bym na to poszedł. To pracoholizm, ale dobrze, że sobie to uświadamiam. Z drugiej strony wszystko jest pozamykane, śnieg stopniał, a dzieciaki chore i marudne w domu. Nie wiem, jak moja żona to ogarnia, bo mnie chwyta czarna rozpacz już po dwóch godzinach różnych dziecięcych zabaw. Gdybym choć mógł mieć chwilę czasu dla siebie, poczytać coś w spokoju albo obejrzeć. Dopóki dzieci nie śpią, to niemożliwe. To dziwne, ale nawet teraz myśli wciąż latają wokół pracy. Rysuję bałwanka z córką i myślę o tym, czy któryś z moich pacjentów się nie pogarsza. A może ktoś się właśnie zatrzymał i go reanimują albo jest ciężkie nowe przyjęcie. Zejście z poziomu ratowania życia do rysowania dziecięcych rysunków jest dla mnie dziwne i irracjonalne. Przecież powinienem być tam, nie tu!

No właśnie nie... To tu powinienem być teraz, po pracy. Oddzielić psychicznie pracę od czasu wolnego dla rodziny. Bo jeśli teraz nie narysuję z córką bałwanka, to za chwilę ani się obejrzę i nie będzie chciała ze swoim durnym „starym” jako nastolatka gadać. Wrócę do domu po piętnastej i pójdziemy na spacer, odwiedzę rodziców, mimo że mieszkamy blisko siebie, dawno ich nie widziałem. Ot, to jest pomysł. Tymczasem...

#

Jak zwykle wszystko musi się spieprzyć, jak tylko szef wyjdzie do domu po dyżurze. Pacjenci jakby wyczuwają, że go nie ma i zaczynają się psuć. Jest jak informatyk, który wchodzi do pokoju po wezwaniu przez nas, że coś jest nie halo z komputerem i nagle wszystko działa. Jak tylko wychodzi, to problemy pojawiają się na nowo. A może jest jak epicki paladyn, który roztacza uzdrawiającą aurę. No nie wiem... Przesadzam. W końcu oddział ciężki to i pacjentom się pogarsza. A jak to w COVID-zie bywa, zdrowieją powoli, a „psują się” bardzo szybko.

Tuż po rozpoczęciu porannego obchodu na salach intensywnego nadzoru nie było wesoło. Starsza na oko siedemdziesięcioletnia kobieta nie daje już rady. Wymaga pilnej intubacji i podłączenia pod respirator, na razie oddycha przy pomocy NIV-a, ale saturacja jest już na niskim poziomie i nie wygląda, żeby miała się odbić. Doktor Magda nie ma już jak jej zwiększyć parametrów. W kolejnej sali sześćdziesięcioletni mężczyzna trzyma się nieco lepiej, saturację ma powyżej 90%, ale jest zmęczony oddechem. Oddycha z NIV-em ponad tydzień, nie można go też karmić doustnie, a każde rozszczelnienie maski sprawia, że wysycenie tlenem krwi spada. W nocy na chwilę odłączył przez sen maskę, w ciągu paru chwil stał się siny. Gdyby nie błyskawiczna interwencja pielęgniarek, które słysząc świst rury od NIV-a, wbiegły na salę – udusiłby się.

– Ściągnie jeszcze raz maskę i się zatrzyma, musimy go zaintubować – stwierdziła doktor Ada.

– Przywiozę jego żonę, niech porozmawiają – dodała smutnym głosem doktor Klaudia.

Zgadzam się całkowicie. Pan Edward ma przynajmniej możliwość porozmawiania z żoną przed planową intubacją. Razem zachorowali i trafili do nas, początkowo nawet leżeli na jednej sali. Jego stan się pogarszał, a jej poprawiał, musieliśmy ich rozdzielić, przenosząc pana Edwarda na salę intensywnego nadzoru.

Powoli na wózek z maską z rezerwuarem i butlą tlenową jedzie starsza pani do swojego męża. Wózek pcha doktor Klaudia i wyjaśnia, co się będzie działo. Nie szczędzi pacjentce prawdy. Stan męża jest bardzo ciężki i respirator teraz to dla niego jedyna szansa. Chora musi mieć świadomość, że to może być ich ostatnia rozmowa. Los dał im tę szansę, żeby jeszcze porozmawiać, inni pacjenci nie mieli takiej możliwości. Butla z tlenem starcza na około siedemnaście minut.

– Przyjdziemy za dziesięć minut – szepnęła do pacjentki doktor Klaudia, zatrzymując wózek przy łóżku męża.

– Dziękuję – powiedziała pacjentka.

Wyszliśmy do swoich obowiązków. Chwilę później, gdy przechodziłem obok sali intensywnego nadzoru, dobiegły mnie ostatnie słowa, jakie dwójka bliskich sobie ludzi w obliczu rozłąki mogącej trwać wieczność wypowiedziała.

– Może się jeszcze zobaczymy... – ochryłym głosem powiedziała kobieta.

– Kiedyś na pewno – odpowiedział zduszonym przez maskę głosem jej mąż.

Policzki obojga znaczyły świecące w sztucznym świetle smugi, ślady po przelanych łzach. Czas się kończył i na oparach butli tlenowej chora wraca na swoją salę. Mężczyzna ściska dłoń stojącej obok pielęgniarki, z oczu płyną mu łzy.

– Strasznie się boję... – mówi cicho

– Wiem, zaraz przyjdzie doktor z intensywnej terapii... – informuje, przytrzymując jego rękę pielęgniarka.

Na oddział zawitał ubrany w biało-niebieski kombinezon anestezjolog. Patrząc na jego plecy, wiedziałem, z kim mam do czynienia. Sanitariuszki na swoich kombinezonach piszą imiona, tymczasem tu widniał napis „GAZOWNIA”. Tylko jeden z anestezjologów ma takie poczucie humoru – uśmiechnąłem się na widok liter na plecach. Zawitał do nas sam szef OIOM-u – doktor Lubczyk.

Kiedy przyszła pora na intubację pana Edwarda, zwróciłem się z prośbą do starszego kolegi.

– Doktorze, czy nauczyłyby mnie pan zakładać wkłucie centralne? Tylko musiałby mi doktor mówić po kolei co i jak, bo jeszcze nigdy tego nie robiłem – zapytałem z nadzieją w głosie.

Przed chwilą Ada zakładała pod jego okiem takie wkłucie, na oddziale robią to jeszcze szef, Klaudia i Magda. Poza szefem wszyscy nauczyli się tego w trakcie tej fali pandemii. Ja również chciałbym osiąść tę niezwykle pożądaną umiejętność.

– Jasne. Zaintubujesz i założysz wkłucie – odpowiedział z charakterystycznym dla siebie uśmiechem doktor Lubczyk.

Spokojnie przygotowaliśmy sobie wszystko. Teraz nie ma pośpiechu, jak w czasie reanimacji. Lekarz pokazał mi, na jaką wysokość podnieść łóżko, jak ułożyć głowę pacjenta, aż wreszcie po wprowadzeniu analgosedacji, jak dobrze włożyć laryngoskop. I faktycznie od razu moim oczom ukazała się nagłośnia, a za nią dość szeroka rura.

– Chyba jestem. Tylko coś szeroko – uznałem po wprowadzeniu rurki.

– Jak chyba. Widziałeś nagłośnię? Pokaż – powiedział szybko doktor Lubczyk i zajrzał z laryngoskopem na położenie rurki.

Aż zagwizdał.

– No rurę ma jak odkurzacz. Jest dobrze. Osluchuj – instruował.

– Brzuch nic, prawe jest, lewej jest.

Kapnometr również pokazywał prawidłowe wartości pCO₂, pacjent jest zaintubowany. Nawet mi się podobało, tak spokojnie, bez nerwów i uciskania klatki piersiowej w trakcie reanimacji.

Teraz mam pierwszy raz założyć dostęp centralny, w teorii jest to proste. W przypadku wkłucia centralnego udowego należy trafić w żyłę udową leżącą przyśrodkowo do tętnicy oczywiście pod odpowiednim kątem. Do tej pory zawsze starałem się trafić pionowo w tętnicę, aby pobrać gazometrię, teraz będzie inaczej. Najpierw dezynfekuje się pole kolorowym odkażaczem, a potem już na „jałowo” okłada serwetą z dziurą. Następnie trzeba namacać tętnicę udową i dość długą igłą trafić w żyłę biegnącą przyśrodkowo od niej. Kiedy już igła jest w żyłę, wypływa powoli z niej ciemna krew, nie powinna pulsować ani odpychać tłoka strzykawki niskooporowej⁸⁰. Następnie wprowadza się długi cienki drut, który będzie prowadnicą i wyciąga się igłę. Skórę i żyłę łączy tkwiący w niej długi drut, po którym sprowadza się kolejne narzędzie, plastikowy rozpierak. Jego zadaniem jest poszerzenie tunelu i wejścia do żyły, dla delikatnego i giętkiego wkłucia centralnego. Nacina się też delikatnie kawałek skóry tuż przy prowadnicy. Po włożeniu i wyciągnięciu rozpieraka zakłada się trójdrożne wkłucie centralne. Należy sprawdzić drożność każdego z kanałów i to, czy krew się cofa. Po ostatecznym potwierdzeniu wkłucie przyszywa się do skóry i zalepia przezroczystym plastrem. Proste prawda? No nie, po pierwsze jak pacjent ma niskie ciśnienie, a taki pacjent zazwyczaj wymaga wkłucia i do tego jest otyły, to wyczucie tętna na tętnicy udowej graniczy z cudem, więc trzeba to robić praktycznie na ślepo. A pacjent pobudzony i agresywny? Też sprawia problemy. Dopisało mi szczęście początkującego i poszło gładko.

– Dziękuję doktorze, dziękuję Kasiu – powiedziałem do obecnych.

– Kurwa, ale wy tu macie Wersal! – wypalił doktor Lubczyk.

– Jest doktor świetnym nauczycielem. Dziękuję – odpowiedziałem z uśmiechem.

– Ty się lepiej dowiedz od doktor Mileny, jak się dziękuje za założenie centralki – odpowiedział, a ja przysięgłbym, że się ze mnie nabija na swój sposób.

– A doktorze, bo właśnie jeszcze chciałbym się nauczyć zakładać wkłucie tętnicze. Teorię znam, ale...

– No jak teorię znasz, to brakuje ci praktyki. Musisz poćwiczyć. Ja muszę już wracać do siebie na oddział.

– Dziękuję.

Próbowałem założyć tętnicę trzy razy, w końcu zrobiła to doktor Ada. Muszę więcej ćwiczyć.

#

Nie zamierzałem pytać doktor Mileny: „Jak dziękuje się szefowi OIT-u za założenie wkłucia”, gdyby nie fakt, że wpadła jak burza do naszej dyżurki, jak zwykle pełna energii. W sumie to nic dziwnego, często do nas przychodzi, bardzo się lubimy, na wiosnę razem dyżurowaliśmy na internie. Nie wiedziałem wówczas, że zostanie panią ordynator, ale w żaden sposób nie zmieniło to jej podejścia do nas. Była po prostu sobą.

Ubrana w swój lawendowy mundurek, z pasemkami kręconych loczków, które misternie wymknęły się z koku, wyglądała bardzo ładnie. Kiedy jednak odwróciła się w moją stronę, natychmiast zauważyłem ranę na czole.

– Jezu Milena, co ci się stało? – zapytałem.

– A to... – powiedziała, odruchowo dotykając czoła w miejscu, w którym znajdował się spory guz, zaklejony stripsami i niewielkim opatrunkiem. – To dłuższa historia... – Ale skoro wszyscy w dyżurce zamarli, kontynuowała. – Miałam taką pacjentkę, która na początku była całkiem dobra, a po kilku dniach zaczęła strasznie desaturować, tak że wymagała NIV-a. W wyjściowej tomografii nie było wiele zmian, ale jej stan osłuchowo również się pogorszył, więc zawiozłem ją z taką fajną pielęgniarką Agnieszką na tomografię. Wiadomo na NIV-ie z butlą tlenową. Zrobiliśmy tomografię i wracaliśmy windą, a ta nam jakby spadła o parędziesiąt centymetrów i się zacięła.

Utknąc z pacjentem na NIV-ie i małą butlą tlenową kończącą się w zastraszającym tempie, dramat, który już sobie kiedyś wyobrażałem, biegnąc do stacji dializ – pomyślałem.

– No byliśmy przerażone, bo tlenu coraz mniej, a winda nie chce ruszyć ani w górę, ani w dół. Jesteśmy zamknięte i nic się nie da zrobić. My możemy sobie stać, no, ale pacjent nie wytrzyma bez tlenu – ciągnie doktor Milena. – W końcu ruszyła do góry, butla weszła już na czerwony wskaźnik i saturacja powoli spada, ale jeszcze trochę tlenu miałyśmy. Zaczęłyśmy biec, ciągnąc łóżko. Tam jest taki długi korytarz, gdzie kiedyś były gabinety poradni i stoją rzędy pospawanych ze sobą krzesełek, jest wąsko. Nagle coś nas szarpnęło, aż się zatrzymałyśmy i rozległ się przerażający huk, jakby

wybuchł granat. Spanikowane, bo nie wiemy, co się stało, a z butli wydobywa się świdrujący uszy świst. Musiałyśmy w tym pośpiechu zahaczyć o klamkę i urwał się reduktor z zaworem. Butla gwizdże i rozwiewa mi włosy i nic się nie da zrobić, całe pozostałe powietrze ucieka pełną mocą ze środka.

– I co zrobiłyście? – zapytałem.

– No ściągnęłam babeczce NIV-a, żeby maska jej bardziej nie przyduszała, skoro i tak tlenu nie ma i puściłyśmy się biegiem na ostatniej prostej do windy na oddział, modląc się, żeby nie było problemów. Zjechałyśmy tą windą i akurat salowa ustawiała czerwone worki z odpadami medycznymi z sal do przewiezienia na dół. Pacjentka nam się robi sina, ja rozkopuję te worki, w zasadzie przedzieramy się przez nie łóżkiem. Otwieram drzwi od śluzy na oddział i lecimy na salę pacjentki, żeby ją wpiąć w tlen w ścianie. I kiedy tak biegniemy, ja ciągnę łóżko, a Agnieszka pcha je w pośpiechu, pewien dziarski dziadeczek, który wychodził z sali, otworzył energicznie drzwi, tak że kantem skrzydła dostałam prosto w czoło. Aż mnie na chwilę zamroczyło, no ale dalej lecimy z łóżkiem i podpięłyśmy pacjentkę pod NIV-a na sali i saturacja zaczęła się podnosić. Patrzę na nią, ona na mnie i mówi: „Pani krwawi...”. Dopiero wtedy poczułam, że faktycznie coś ciepłego spływa mi po twarzy, a biały kombinezon i pościel ozdabiają czerwone kropki. Ale to tylko rozcięcie, najważniejsze, że pacjentce nic się nie stało – zakończyła swoją opowieść jak zwykle entuzjastycznie Milena.

– Wiesz dobrze, że butla była prawie pusta, gdyby to samo stało się z pełną, to urwany zawór mógłby kogoś swoją siłą zabić – stwierdzam fakt.

– Wiem, mój Marcin mówi, że takie butle są nabijane do dwustu atmosfer. Miałyśmy szczęście w nieszczęściu.

– Wiesz, miałem nie pytać, ale skoro jesteś. Doktor Lubczyk uczył mnie zakładać wkłucie centralne i kiedy mu podziękowałem, powiedział, że bym zapytał ciebie, jak się dziękuje za wkłucie.

– Hahaha... – Milena się roześmiała. – On mi ostatnio bardzo pomógł. Walczyliśmy pół nocy u mnie na oddziale, a że zbliżał się poranek i za chwilę koniec dyżuru, to po ustabilizowaniu pacjentki i założeniu wkłucia centralnego u kolejnego chorego zrobiłam mu śniadanie z tego, co miałam w lodówce.

– No, ja mu śniadania robić nie będę. Mogę co najwyżej zamówić pizzę – odpowiedziałem pół żartem, pół serio.

#wtorek 26 stycznia

Tuż przed odprawą, kiedy nasz pokój socjalny wypełnił się entuzjastycznie nastawionym do pracy zespołem oraz zapachem świeżo zmielonej kawy, którą szef pieczołowicie nastawiał dla każdego z kawoszy, tuż przed tym, jak rzucimy się w wir pracy, omawiając plany dla swoich pacjentów, przyjemną atmosferę ploteczek i pogaduszek podczas pierwszych łyków kawy przerwał dźwięk służbowego telefonu. To lekarka z SOR-u położonego kilkadziesiąt kilometrów dalej szpitala czyści zajęty przez noc bufor z pacjentów COVID-owych i ma ich trójkę do przekazania. Wysłuchałem, co ma do powiedzenia na temat pacjentów, i zapytałem dodatkowo o interesujące mnie sprawy. Nie mogę powiedzieć, że lekarka mnie okłamała, po prostu parę niezwykle istotnych szczegółów najzwyczajniej w świecie wyleciało jej z głowy.

Po odprawie znowu gęsiego niczym kaczuszki za mamą ruszyliśmy za szefem na drugie szczepienie. Po pierwszej dawce bolała mnie ręka, nieco się obawiam, bo doniesienia z portali medycznych i grup na Facebooku jednoznacznie mówią, że ludzie gorzej się czują po drugiej. Przed gabinetem kłębi się niewielki tłum seniorów, na oko z pięćdziesiąt osób. Większość w maseczkach, ale standardowo nie zachowują odległości, niczym w PRL-u, stoją sobie w kolejce prawie na plecach, dysząc w karki. Swoją drogą w całym kraju pewnie wielu się zarazi w takiej kolejce, ale co zrobić, nie da się zmienić sposobu myślenia niektórych starszych osób. Dobrze, że chcą się zaszczepić. Wchodzimy i szczepimy się znów jako pierwsi, by za chwilę rzucić się w wir pracy. To nasza druga dawka, jeśli ktoś nie chorował, a takie osoby z personelu można policzyć na palcach jednej dłoni, to za tydzień będzie odporny.

Dziś dyżur ma doktor Ada, sama. Tak wyszło z grafiku, choć to nieco niesprawiedliwe, bo wszystkie dni w miesiącu poza jednym, który łyknął szef, są obstawione podwójnie. Oddział na razie nie jest ciężki, sporo osób wypisaliśmy do domu. Mamy mniej więcej połowę zajętych łóżek, z czego większość pacjentów w miarę stabilnych. Raptem kilku chorych jest w ciężkim stanie lub się dynamicznie im pogarsza. Sytuacja lokalnie nie jest zła, od przyszłego miesiąca kolejne oddziały COVID-owe mają się zamykać i otwierać na zwykłych pacjentów. Od połowy stycznia do początku lutego takich oddziałów zamknie się w okolicy cztery. Naszej sytuacji to nie zmienia, bo będziemy brać wszystko z tej części województwa. Jest o tyle dobrze, że pozostaje obowiązek buforowania

i wstępnej diagnostyki pacjentów podejrzanych o COVID-19 w każdym szpitalu, stamtąd zaś z pozytywnym wynikiem będą trafiać prosto do nas.

– Tomaszu, masz dzisiaj dyżur – powiedział szef.

Wydawało mi się, że pyta, więc, patrząc na kartkę z rozpiską, odpowiedziałem.

– Nie, szefie, dzisiaj ma Ada.

– Masz dzisiaj dyżur – powtórzył szef z uśmiechem, dopisując moje inicjały do rozpiski dyżurowej.

– Zapytam żony, czy nie mamy innych planów.

– Nie no spokojnie, to prośba. Jeśli możesz, to byłoby fajnie. Będzie pięć przyjęć na popołudnie. Tyle wiem, na razie.

Żona jak zwykle nie była szczęśliwa z powodu nagłego dyżuru, ale się zgodziła, ominie mnie wieczorne marudzenie i wybieranie sprzętu do naszego nowego mieszkania. Nie, żebym migał się od decyzji, ale ta męka trwa od dobrych kilkunastu tygodni. Remont wlecze się niemiłosiernie, moja luba zmienia ciągle wizje przyszłego wystroju i sprzętu, tak że mam dość.

Wykańczanie mieszkania to dobra nazwa, wykańcza człowieka psychicznie. Prawda jest taka, że zewsząd jest zalew różnych produktów i czasem podjąć decyzję jest trudno, ale mam wrażenie, że pogoń za wymarzonym ideałem i harmonią jest zwykłą uludą i co byśmy w domu nie umieścili, to po pewnym czasie się opatrzy i będzie pasować. Nie mojej żonie. O nie, ja bym po prostu poszedł do sklepu i wysłuchał sprzedawcy, a potem kupił polecany produkt, ewentualnie dwa, jeśli będzie na nie promocja. Ale nie moja żona. Działa niczym agencja wywiadowcza. Początkowo zbiera informacje rankingowe, robi listy modeli danego produktu, porównuje ceny w różnych sklepach. Następnie ogląda relacje na YouTubie zarówno producenta, jak i zwykłych użytkowników. Potem niczym szpieg ze swojego socialmediowego „fake” konta wypytuje na licznych grupach poświęconych m.in. wykańczaniu mieszkań, projektowaniu czy zraszających miłośników RTV i AGD o różne rzeczy. Dopiero wtedy sytuacja się klaruje i powoli zbliżamy się do decyzji o zakupie. Tak przynajmniej mi się wydawało, kiedy trzykrotnie zwabiła mnie w pułapkę wyjścia do popularnego sklepu ze sprzętem AGD. Za każdym razem szedłem w przekonaniu, że wreszcie załatwimy sprawę i kupimy coś. Za każdym razem dwie lub trzy godziny marnowałem na wysłuchiwanie o sprzęcie, którego i tak nie kupiliśmy. Konceptcja zmieniała

się błyskawicznie, tak jakby myśl nie biegła prosto do kierunku celu, ale przerywana była serią losowych wyładowań elektrycznych i przeskoków na inne wątki. Nieżyjący już amerykański komik George Carlin miał kiedyś genialny stand-up, w którym tłumaczył, jak działa mózg kobiety i mężczyzny.

Mózg męski w dużym skrócie składa się z różnych pudełek, gdzie na wszystko jest odpowiednia przegródka, myśl biegnie od początku do końca w sposób prosty i logiczny, ma swoje konkretne miejsce w głowie. Po prostu otwieramy odpowiednią przegródkę. U kobiet zaś nie jest to takie proste. Umysł to plątanina kabli elektrycznych, które mają często przebiegięcia, a myśli niczym wolne elektrony skaczą wzdłuż najmniejszego oporu, co najgorsze zaś tym wszystkim sterują emocje. Jak bardzo to porównanie wydaje się życiowe teraz. I kiedy miała już zapaść sakramentalna decyzja o kupnie danego modelu pralki, sprzedawca dodawał jakieś nieopatrznie zdanie, które psuło cały misterny plan podjęcia decyzji. Na przykład „Proszę się spokojnie zastanowić” albo „Zawsze można jeszcze poczekać, może wskoczy inna promocja”. I koniec, jej decyzja zostaje odroczone, w domu zmienia się parokrotnie i z całej wizyty nic nie wynika. A ja mam najzwyczajniej w świecie dość.

Mieliśmy już wychodzić i rzucić przelotnie okiem na zmywarki, kiedy zbłąkany klient nieopatrznie zapytał o szufladę na sztućce, którą testowała moja ukochana. Po piętnastu minutach wykładu o zmywarkach, jaki zaserwowała temu biednemu człowiekowi, musiałem jej przypomnieć, że nie sprzedaje tu w sklepie i musimy iść do domu. Ale prawda jest taka, że kiedy dorywczo na studiach pracowała w handlu, była świetna. Sprzedałaby piasek Beduinom.

W domu nie było lepiej.

– Proszę mi powiedzieć, czy ten model lodówki posiada kondensator inwerterowy? – pyta moja luba na infolinii.

Słucham kątem ucha, co tam wymyśliła znowu.

– Aha... No dobrze to proszę przekazać pytanie do działu technicznego. Będę czekać na odpowiedź – mówi nieco zniecierpliwiona. – Ona nie wie, czy tam jest kondensator inwertorowy – informuje mnie po skończonej rozmowie, jakby było to coś oczywistego.

Milczę, bo ja też nie wiem, co to jest.

– Powinna wiedzieć, to bardzo ważne, jest wtedy ciszej i jest dłuższa żywotność i...

– Myszka, daj spokój. Po prostu wybierz lodówkę – przerywam jej. Kolejnego wykładu o lodówkach, pralkach i różnych innych sprzętach chyba bym nie przeżył.

#

– Spokojnie, szefie, zostanę.

– Na pewno?

– Tak na pewno, jest mi to nawet na rękę – odpowiadam, nie dzieląc się tym, że z ulgą przyjąłem ucieczkę od wieczornych dyskusji o AGD, w które jak tylko dzieci zasną, próbowała mnie wciągać moja luba.

Zanim przyjechał pierwszy przyjęty pacjent, telefonicznie z pięciu przyjęć zrobiło się siedem. Zapowiada się pracowity wieczór, a znając życie i noc.

– Jak się czujesz, tatuś? – zadzwoniłem do teścia, od soboty izolowanego w domu po tym, jak miał objawy. Test antygenowy, który mu wykonałem, okazał się dodatni.

– Dobrze... Trochę kaszlę... Nic mi nie jest... – odpowiada zduszonym głosem.

Nie podoba mi się to. Zupełnie inaczej go słyszeć przez telefon niż dwa dni temu. Nie za bardzo może wypowiedzieć całe zdanie, bo przerywają to napady kaszlu.

– Ile masz saturacji? – pytam, bo specjalnie zostawiłem mu mój pulsoksymetr, żeby mierzył sobie kilka razy dziennie parametry.

– Aaa... 97%.

– Jakoś ci nie wierzę... – powątpiewam.

Nie pasuje mi taka wartość do skróconego i przyśpieszonego oddechu, ewidentnie to kompensuje i ma tachypnoe⁸¹. Z rodziną to zawsze najgorzej.

– Daj na głośnomówiący.

– No dałem... – powiedział zrezygnowany

– Mamo, zerknij na pulsaka taty i powiedz, co widzisz.

– 107 i 91... – odpowiedziała teściowa.

– Masz 91% saturacji i tachykardię⁸². Pakuj się i przyjeżdżaj na SOR.

– No nie, Tomek, nigdzie... – próbuje protestować.

– Nie dyskutuj. Dość się napatrzyłem. Mamuśka cię spakuje, a ty przyjedziesz na SOR, zaraz to załatwię. Pamiętaj, że wejście dla zakażonych jest od podjazdu dla karettek.

– A jak będą sprawdzać kwarantannę?

- To mamuśka powie, że jesteś w szpitalu.
- Ale tylko na badania jadę?
- Spakuj się, jakbyś miał zostać, zobaczymy, co wyjdzie w badaniach.

To kolejny problem, z którym się stykamy, i dziwnym trafem dotyka najczęściej rodzin personelu medycznego. Dyssymulacja – zaprzeczanie objawom, nasi bliscy przeważnie nie chcą robić problemów i ukrywają swoje objawy albo umniejszają ich znaczenie.

– Cześć, masz coś dla mnie? – Dzwonię do dyżurującego dzisiaj kierownika SOR-u.

– No mam, prawdopodobnie dwoje, wciąż czekamy na PCR – odpowiada doktor Szewc.

– Jak tylko będą mieć wynik dodatni, to ich wezmę. Mam prośbę. Mój teść jest dodatni, zrobisz mu badania? Przez telefon wydaje się, że do przyjęcia, ale muszę to zobiektywizować.

– Jasne, Tomek, nie ma problemu – mówi kolega.

Zmiana organizacji pracy po wiosennej fali wraz z likwidacją szpitala jednoimiennego i wytworzeniem stref buforowych w każdym szpitalu była systemowym rozwiązaniem bolączki wiosennej fali – psychologii pacjentów podejrzanych o zakażenie. Wówczas każda gorączka, kaszel czy nawet ból mięśni ładowano w karetkę i bez żadnej odpowiedzialności wysyłano do szpitala jednoimiennego. Pracowałem wtedy na izbie zakaźnej dedykowanej dla tych pacjentów i decydowałem, kogo należy przyjąć do szpitala, a kogo odesłać. Nie mieliśmy testów antygenowych, a na wynik badania PCR oczekiwaliśmy po kilka dni. Każdy pacjent był na oddzielnej sali jako podejrzany. Nie można było kłaść ich razem, bo gdyby któryś podejrzany okazał się dodatni, zakaziłby pozostałych. Wymuszało to rozłożenie pacjentów po wszystkich salach, w każdym oddziale w szpitalu, zaangażowane środki były niewspółmierne do efektu. W tej chwili, kiedy na izbie przyjęć każdego szpitala dochodzi do szybkiej selekcji (test antygenowy to kwestia kwadransa), a PCR w naszym szpitalu to parę-paręnaście godzin, problem zniknął. Pacjenci leżą na dedykowanych oddziałach COVID-owych, zapelniając często wszystkie dostępne łóżka, choć od grudnia nie było przypadku, aby wszystkie miejsca w szpitalu były zajęte.

SOR przejął na siebie cały pierwszy kontakt z dodatnim pacjentem, robiąc selekcję, a my na oddziale tymczasowym i na neurologii mieliśmy więcej pacjentów niż przy największym obłożeniu na wiosnę. Zmiany dotknęły

SOR nie tylko ze względu na organizację odgórną, ale i wewnętrzną. Zmiana kierownictwa oddziału na doktora Szewca, który nigdy nie tworzył zbędnych problemów, znacząco poprawiła komfort wzajemnej współpracy. W jego ślad poszli inni, atmosfera również, mam wrażenie, uległa poprawie. Od bardzo długiego czasu SOR nie podrzucił nam żadnego kukułczego jaja. Można powiedzieć, że współpraca z SOR-em od kilku miesięcy jest przyjemna. Tam lekarze wstępnie diagnozują, a my bierzemy dodatnich, czyszcząc im bufor. Całkiem sprawnie to działa. W starym budynku brakowało miejsc nagminnie, teraz ostatnia taka sytuacja miała miejsce w szczycie jesienno-zimowej fali.

– Zrobi mu TK i zadzwoni – informuję Adę.

– No to dobrze, jak trzeba, to go połów, dużo było już takich, co za późno przyjechali – odpowiada lekarka.

– Mam nadzieję, że nie ma dużo zmian w pł... – zacząłem mówić...

Zapanowała ciemność, wszystko się wyłączyło. Zabrakło prądu. Kilka sekund później wróciło zasilanie, awaryjne i włączyło się oświetlenie. Wraz z Adą biegliśmy wtedy na odcinek. Tlen jest podawany ze ściany mechanicznie, nie wymaga prądu, zależy tylko od ciśnienia w instalacji, a ta zawsze jest w normie, nie mamy spadków. Respiratory stacjonarne i NIV-y mają baterie, będą działać bez energii jeszcze kilka godzin. Ale high-flow nie ma zasilania, bez prądu nie działa. Mamy dwoje takich pacjentów.

Pobiegłem do zabiegowego i porwałem dwie maski z rezerwuarem. Rzuciłem jedną Adze w locie, rozdzieliliśmy się, by przełączyć szybko pacjentów. Niby to tylko minuta, a saturacja już zaczęła spadać, trzymają się na maskach z rezerwuarem. Jak nie dadzą rady, to założymy im NIV-a. Na razie jesteśmy bez prądu w ścianach, bez części monitorów, w pisku wyjących pomp i urządzeń informujących, że działają na akumulatorach. Jesteśmy też bez komputerów i systemu szpitalnego, nie mamy jak przyjąć pacjenta ani sprawdzić wyników laboratoryjnych. Dobrze, że mamy awaryjne światło.

Budynek starego szpitala jest cały ciemny, z wyjątkiem doskonale oświetlonego OIOM-u, mają tam dodatkowe źródło zasilania. Dobrze, że u nas jest światło, działają też nieliczne kontakty, ale w zupełnie nieznanym dla mnie kluczu, muszą być pod inną, zapasową linią.

Właśnie w tym momencie, kiedy cofnęliśmy się na chwilę do średniowiecza, jak na złość przyjechały dwie karetki, wioząc obiecanych od rana trzech pacjentów.

Wracając do porannego telefonu, bo właśnie wjechał na oddział pacjent, o którym rano rozmawiałem z lekarką z SOR-u z Ząbczyc. Rozumiem, że można o czymś zapomnieć, czegoś nie dopowiedzieć. Że takie błahe sprawy jak zaburzenia elektrolitowe czy niewydolność nerek bądź serca może umknąć lekarzowi przekazującemu chorego do innego szpitala. Wszak jesteśmy tylko ludźmi, ale żeby nie wspomnieć, że pacjent miał zatrzymanie krążenia i był reanimowany przez ratowników, to trochę przegięcie. Poza tym całość nie bardzo pasuje do obrazu klinicznego, bo pacjent według dokumentów zaskoczył w drugiej minucie i nie był zaintubowany – ba przy przyjęciu rozmawiał ze mną. To się nie trzyma kupy, a przyjechał z cechami niedokrwienia mięśnia sercowego. Tam do najbliższego kardiologa było 200 metrów, my mamy 50 kilometrów, a wystarczyło poprosić na SOR-ze kolegę z oddziału.

– No tak, jak usłyszysz to nazwisko, wskazała na pieczętkę na wypisie, to sprawdź pięć razy, czy nie ładujesz się w jakieś bagno – poradziła koleżanka.

– Czemu?

– Zrobi wszystko, żeby tylko przekazać ze swojego SOR-u pacjenta.

Taka prawda, teraz ona problemu nie ma, za to my mamy. Doktor Ada wzięła „problem” na siebie, konsultuje chorego z kardiologią oraz dzwoni do rodziny, żeby ustalić, jak to „zatrzymanie” wyglądało, bo pacjent nie pamięta, a nie wygląda na zatrzymanego, nawet przez chwilę. Jest za dobry, choć nie ma większości płuc. Siedemdziesiąt procent zajął COVID.

Mnie zostały dwa inne przyjęcia.

Jest też dobra informacja, jest już prąd, choć na razie system szpitalny nie działa. Ktoś ściągnął z domu do pracy połowę dwuosobowego departamentu ds. informatyki, by postawił system na nogi. Bez tego nie da się przyjąć nikogo na oddział, ba nie można puścić żadnego skierowania, czy to na badania laboratoryjne czy obrazowe. Krew owszem można wysłać, ale tylko na papierowym skierowaniu, a wyników, co jest uciążliwe, nie widać wtedy w systemie.

– Pan Jan z trzynastki jest beznadziejny. Siadł zupełnie oddechowo, przestawiłam go na NIV-a, ale mimo wysokich ustawień saturację ma niską. Jak się nie poprawi za dwie, trzy godziny, to chyba czeka go rura – przekazała mi Ada, gdy wszedłem ponownie do dyżurki.

– Nie dobrze, on jest dializowany. Zanim go zaintubujemy, musimy mieć nerkę, inaczej będzie problem z dializami...

- No zobaczymy, może się zbierze... – westchnęła.
- Dzwonię na SOR dowiedzieć się czegoś o teściu.
- Cześć, jak tam mój teść?
- Cześć... dobrze... prądu nie mieliśmy... system nie działa... ani windy... – odpowiedział, sapiąc głośno i oddychając szybko doktor Szewc.
- Słuchaj, nie przeszkadzam ci? Może właśnie badasz intensywnie młodą Latynoskę? – zażartowałem, choć faktycznie brzmiał, jakby co najmniej przebiegł kilkaset metrów.
- Weź, przestań. Nabijasz się, a ja zdycham. Gorączkę mam po szczepionce, 40 stopni. A jeszcze w pizdę roboty... – Tym razem dało się słyszeć szczęknięcie zębami.
- Zrobiło mi się go żal, dobrze, że mnie tylko lekko boli ręka, ciekawe, jak reszta zespołu przechodzi szczepienie.
- A te dwie osoby to testy im wyszły i zrobiłeś tomo?
- Tak, antygeny dodatnie, PCR nie ma jeszcze, a w TK zmiany COVID-owe, ale nie mam opisów.
- No to dawaj ich do nas, w systemie przekażesz, jak wróci. Zaczniemy leczyć, a ty będziesz mieć wolne izolatki.
- Okej, dzięki... – powiedział, szczękając znowu zębami.

#

Panu Janowi się nie poprawiło, w zasadzie to się pogorszyło. Saturacja spadła jeszcze niżej niż godzinę temu. Co gorsza spadały objętości oddechowe i to nawet mimo zwiększania różnicy potrzebnych ciśnień, co nie wdając się w fachowe szczegóły, powinno zwiększać objętość wdechu. Wykluczaliśmy odmě⁸³ i obturację⁸⁴, może klatka piersiowa zmieniona chorobowo stawiała taki opór? A może trzeba pacjenta zaintubować i zwiotczyć, aby uzyskać możliwość lepszej wentylacji?

- Macie wolne miejsce z nerką? – zapytałem dyżurnego anestezjologa.
- Tak mamy.
- Zacząłem opowiadać o pacjencie, podając jego parametry, gazometrię tętniczną, nastawy wentylacji i choroby współistniejące oraz dotychczasowe leczenie.
- On jest do nas, bierzemy – odpowiedział po prostu kolega. – Szykujcie sprzęt do intubacji.

– A nie lepiej zaintubować go u was? On może być problematyczny, jest dość hmm... dużym człowiekiem.

– A dowieziecie żywego? – zapytał doktor Matuszak.

– Pewnie, na NIV-ie da radę, trzyma się jeszcze, a lepiej będzie go podłączyć pod coś u was niż do naszej transportówki – odpowiedziałem zgodnie z prawdą.

To pacjent wysokiego ryzyka transportu, przynajmniej w moim odczuciu, ale przecież jest blisko i się przygotowuje? Co może się stać?

#

– Panie Janie, musimy pana przekazać na OIOM na dalsze leczenie. Będzie pan tam spać, a maszyna będzie oddychać za pana, tam będzie również dializa. Zgadza się pan?

– Teraz? – zapytał zdziwiony.

Pacjenci zawsze nie dowierzają, że to już czas. Albo próbują sobie racjonalizować pewne rzeczy i nastawiają się, że przekazanie będzie przecież rano, a nie wieczorem. Ale my pracujemy całą dobę, a rano... Cóż, może być za późno.

– Tak, teraz.

– No dobrze...

– Chce pan do kogoś zadzwonić? Ja wszystko wyjaśnię przez telefon, a pan chwilę porozmawia, zanim pójdzie spać.

– Tak z żoną...

No i rozmawialiśmy. Słyszał wyraźnie jej słowa wypowiedane przez głośnik komórki w trybie głośnomówiącym. Jego żona słyszała go, choć nie rozumiała, co mówił. W szumie pracy nieinwazyjnego respiratora jego słaby głos ginął i nie dochodził do niej stłumiony wszechogarniającym hałasem, który panował na sali. Pikanie monitora, pomp, szum tłoczonego powietrza oraz szybkie głośne wspomagane mechanicznie oddechy. Byłem jego tłumaczem powtarzającym słowa, które z trudem wypowiadał do żony. To trudne i gorzkie emocje strachu, nadziei i wiary, że jednak się uda. Mimo że dla mnie to też jest obciążenie psychiczne uczestniczyć w tych ostatnich pożegnaniach przed zaśnięciem. To co robię, to rodzaj ostatniej posługi, bo zazwyczaj zapadają w sen wieczny. Większość pacjentów spod respiratora w COVID-zie się nie wybudza. Nie odstąpiłbym od tego dla

własnego komfortu. Tak trzeba, muszą mieć możliwość tej – być może – ostatniej rozmowy.

#

– Wezmę jeszcze AMBU z rezerwuarem, i-gela nr 4, i dodatkową butlę tlenową – powiedziałem do ratowników, z którymi mam transportować pacjenta, szukających się do wyjazdu z sali.

– Doktor, to jest tylko budynek dalej, AMBU i i-gel wystarczą, mamy pełną butlę – tłumaczy mi ratownik ładujący pacjenta na nosze.

– Ale ja lubię mieć dwie – odpowiadam, kończąc dyskusję.

Na to ratownik wzruszył jedynie ramionami.

#

Uniesienie ważącego blisko 150 kilogramów pacjenta na noszach transportowych wymaga wiele wysiłku. Mam wrażenie, że ten sprzęt był projektowany dwadzieścia, trzydzieści lat temu, kiedy plaga otyłości nie była tak powszechna. Wiecznie zacinające się wąskie i mało stabilne nosze to standard obowiązujący w polskich karetkach. Przy ładowaniu do karetki nogi z kółeczkami muszą się złożyć. Oczywiście tu żadnego systemu wspomaganie nie ma, to czysta fizyczna praca. Gorzej jednak jest, kiedy trzeba pacjenta wyciągnąć z karetki, a nóżki mają się wysunąć i rozłożyć...

– Powoli, powoli – mówi starszy ratownik do młodszego, wyciągającego z karetki nosze, sam asekurował proces ssuwania się pacjenta od strony karetki.

Pacjent jest otulony kołdrą i przypięty w kilku miejscach pasami, ale przy takiej masie ciała bezwładność jest duża. Być może są karetki, gdzie jest wyciągarka, która wsuwa i wysuwa nosze. Nie wiem, nie znam się. Tu za to odpowiadają ręce i tężyzna fizyczna ratownika. Stoję obok i trzymam respirator nieinwazyjny oraz butlę, ważne jest, żeby nie pociągnęło go za maskę i żeby się nie rozszczelniła.

– Wolniej, zobacz, czy nóżki się blokują – powiedział starszy, a młody powoli zsuwając z nim nosze, kopnął kontrolnie w przednie nóżki, aby upewnić się, że są zablokowane.

– Chyba tak... Jedziemy dalej. Kurwaaa... składa się. Trzymaj... – blokada nówek jednak nie zaskoczyła.

– Nie trzymam!

Stawiam butlę szybko na ziemi wraz z respiratorem i łapię za przekrzywiające się na prawo nosze. Kółka jak to często bywa nie zaskoczyły, a waga pacjenta dopełniła swojego i wszystko zaczyna się stopniowo składać i przechylać. Jak w zwolnionym filmie ciągniemy ze wszystkich sił, ale powoli nosze lecą na prawo. Pacjent trzyma się w pasach, ale nosze złożyły się całkowicie. Leżymy na boku pod windą.

– Nic się panu nie stało? – pytam, oglądając chorego.

– Nie.

– Nie uderzył się pan nigdzie? W głowę? – Choć raczej było to niemożliwe, bo samo przechylenie transportówki kontrolowaliśmy i nie widziałem, żeby czymkolwiek dotknął ziemi.

– Nie.

– Dobra, podnosimy go.

Modliłem się, aby w tym momencie nikt nie zobaczył nas i nie zrobił zdjęcia. Byłaby to świetna pożywka dla jakiegoś tabloidu. Podnieśliśmy go w czwórkę, akurat windą zjechał gość od transportu wewnętrznego, który nam pomógł.

Co tak syczy? – pomyślałem i uświadomiłem sobie, że ten dźwięk towarzyszy nam od dobrych kilkadziesiąt sekund. Butla! – pierwsza myśl, która przyszła mi do głowy. Wskaźnik wypełnienia wskazywał poziom czerwony, za chwilę koniec tlenu. Saturacja pacjenta wahała się między 80 a 85%, nie mogę pozwolić sobie na przestój tlenu. Końcówka od reduktora, gdzie wpinamy wąż tlenowy od NIV-a, jest lodowata i mrozi mi palce. Tlen ucieka z butli na potęgę do pacjenta i na zewnątrz. W trakcie upadku nosze musiały pociągnąć za wąż i ten się rozszczelnił. Dociskam go ręką, syczenie zmniejsza się, ale jest mi strasznie zimno w dłoń. Nie jest to nic dziwnego, kiedy gaz zmienia stan skupienia z płynnego w ciekły, dochodzi do wykonania gwałtownej pracy, na którą potrzebna jest energia. Ponieważ przemiana zachodzi bardzo szybko, układ nie jest w stanie zapewnić energii zewnętrznej, więc używa swojej energii wewnętrznej, prowadząc do obniżenia temperatury substancji. To przemiana adiabatyczna, którą tłukł mi do głowy mój nieżyjący już wspaniały nauczyciel fizyki. Zabiło go zamię na uchu, które okazało się czerniakiem złośliwym. Byłem na jego pogrzebie już jako student medycyny. On dał mi wiedzę, dzięki której zostałem lekarzem. Żałuję, że widząc w szkole

wielokrotnie tę niewielką charakterystyczną zmianę, nie zwróciłem na nią uwagi.

Choć przyznam się szczerze w tej chwili, nie myślałem ani trochę o fizyce, procesach adiabatycznych i termodynamice. Czułem adrenalinę, bo właśnie szlag trafił pierwszą butlę z tlenem, dobrze, że nie jedyną.

– Dawaj zapasową butlę – mówię do ratownika. – Wąż się rozszczelił i tlen ucieka! W międzyczasie młodszy ratownik wezwał windę, ale ta jak na złość jedzie niemiłosiernie długo.

Kontroluję saturację i wciąż przytrzymuję wąż od butli tak, żeby jak najmniej gazu uciekało poza nieszczelne złącze, szpilki bólu przenikały moją dłoń, ale miałem to gdzieś, musi wystarczyć tlenu do oddziału intensywnej terapii. Niespełna trzy minuty później wjechaliśmy na salę ojomową, przekazując pacjenta. Przełożyliśmy go na właściwe łóżko i anestezjolog przepiął go na sprzęt w trybie nieinwazyjnym, żeby tam przeczekał do intubacji. Przekazaliśmy pacjenta, teraz wszystko w rękach innych.

Patrzę na stan butli, prawie pusta. Przy tych ustawieniach powinno wystarczyć na około 17–20 minut, teraz zostało zużyte to cztery razy szybciej. Lewa dłoń od wewnętrznej strony była zaczerwieniona i nieco piekła. Odmroziny, bolesna lekcja termodynamiki. Mam to gdzieś, ważne, że pacjent dotarł żywy i bez uszczerbków.



Transport innej pacjentki na wentylacji nieinwazyjnej w jej ostatnią drogę na OIT.
Fot. kolekcja własna

Oglądam tomografię teścia i zaczynam się martwić, ma zajęte 30% płuc, co potwierdza opis radiologa. Zmiany są rozsiane obustronnie w obu płucach. Tworzą rozległą mozaikę, która za dwa, trzy dni może się rozrosnąć i objąć ponad połowę płuc. Będzie dobrze, dotarł do nas szybko, nie tak jak większość pacjentów. Jest szansa, że leczenie powstrzyma postęp choroby i się wycofa. Jak ktoś trafia do szpitala po kilku dniach, to leczenie przynosi dobre efekty, ale jak to następuje w drugim, trzecim tygodniu choroby, to w zasadzie nie ma już w sobie wirusa, więc leczenie

przeciwwirusowe i osoczem nie działa, zostaje tłumienie burzy cytokinowej i reakcji autoimmunologicznych oraz leczenie nadkażeń bakteryjnych. Rokowania są różne, biorąc pod uwagę powikłania zakrzepowo-zatorowe. Tak naprawdę nigdy nie wyrokujemy o tym, czy pacjent od nas wyjdzie, zanim nie opuści oddziału. Za dużo jest nieprzyjemnych niespodzianek. W sumie z koleżanką przyjęliśmy na dyżurze dziesięć osób, dawno nie pamiętam, kiedy było tak dużo przyjęć. Jeden wieczór i ćwiartka stanu oddziału jest nowa.

Skończyłem wypełniać papiery nieco przed piątą rano. Nawet te drobne urwane minuty na sen są ważne. Budzik nastawiam na siódmą, ale już chwilę przed szóstą jestem na nogach. Jak zwykle w COVID-owie ktoś się dusi, kogoś coś boli, jeszcze inny zrobił wielką kupę z krwią. Standard, tu się nie śpi, tu się czuwa, tylko czasem uda się przymknąć oczy na chwilę.

Rano dzwoni syn pana Edwarda, tego, którego żona u nas leży, a my go przekazaliśmy na OIOM. Zmarł, prosi, żeby ktoś był przy mamie, kiedy jej o tym powie.

– Będziemy – odpowiadam i proszę opiekunkę, aby poszła do pacjentki. W razie czego ma mnie wołać.

Zwolniło się zatem miejsce na OIOM-ie, nie mogę powiedzieć, że to dobrze. Bo wolałbym odebrać stamtąd pacjenta, niż wiedzieć, że kolejna z przekazanych osób umiera. Takie jest jednak życie, nastał kolejny dzień, a my mamy następnego chorego do przekazania.

⁶³ Przyjaciel doktora Kielka, również lekarz tutejszego szpitala. Przyjechał do niego i praktycznie zmusił do przyjazdu do szpitala.

⁶⁴ Ang. *do not resuscitate* – nie podejmuj reanimacji, pozwól na naturalną śmierć.

⁶⁵ Patrycja Mołek, Aleksandra Włodarczyk, Agnieszka Wypych, Bogdan Bochenek, Jadwiga Nessler, Jarosław Zalewski, *The impact of weather conditions on sudden cardiovascular diseases*, „Varia Medica” 2019 tom 3, nr 5, s. 356–362.

⁶⁶ Iwona Koszewska, Ewelina Walawender, Anna Baran, Jakub Zieliński, Zbigniew Ustrnul, *Foehn wind as a seasonal suicide risk factor in a mountain region*, „Psychiatr Psychol Klin” 2019, 19 (1), p. 48–53).

[67](#) Warszawski Uniwersytet Medyczny.

[68](#) Zresztą nazwa mRNA wywodzi się od ang. *messengerRNA* – informacyjny RNA, w Polsce stosuje się również nazwę matrycowy RNA, co jest łatwiejsze do zapamiętania, bo odpowiada angielskiemu skrótowi. Samo RNA oznacza kwas rybonukleinowy będący jednoniciowym zapisem pewnych informacji genetycznych.

[69](#) Enzym ten posiadają niektóre wirusy np. wirus HIV i używają go do wbudowywania swoich informacji w DNA gospodarza, nie jest jednak możliwe użycie go do tego mRNA nawet u osoby zakażonej wirusem HIV.

[70](#) Kwas deoksyrybonukleinowy zbudowany z podwójnej nici par zasad tworzących kod generyczny wszystkich eukariotów, w tym ludzi. W skrócie DNA to zapis genetyczny wszystkiego na co składają się komórki oraz wszystkich zaprogramowanych w nich procesów.

[71](#) Ten fragment jest oczywistą kpina, związaną z bredniami antyszczepionkowców. A to wyjaśnienie na wypadek, gdyby ktoś jednak próbował wziąć to na serio.

[72](#) Właśnie za pomocą tego urządzenia robi się kardiowersje i defibrylacje.

[73](#) Polskie Towarzystwo Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki. Zespół majaczeniowy (delirium) u krytycznie chorych pacjentów na oddziale intensywnej terapii. Autor mgr Elżbieta Janiszewska.

[74](#) Gwoli ścisłości chora inicjowała sama oddechy, choć nieświadomie, natomiast maszyna pomagała dopełnić oddech w celu uzyskania zadanych objętości. Chodzi o tzw. oddechy spontaniczne, choć dla uproszczenia będę mówić o samodzielności oddechu mimo użycia maszyny. W stanach przejściowych pacjenci mają zarówno zadane przez maszynę oddechy, jak i własne. Nie jest tak, że chory w jednej minucie oddycha tylko za pomocą maszyny, a w drugiej samodzielnie. To proces ciągły i często przejście od jednego do drugiego trwa wiele godzin czy dni.

[75](#) Absolutny Brak Szyi.

[76](#) Choć może występować w niektórych chorobach autoimmunologicznych lub dermatologicznych i być defektem kosmetycznym niewpływającym na stan pacjenta.

[77](#) Norma ciśnienia to (90–135)mmHg/(50–90)mmHg.

[78](#) Norma jest do 255 ng w zatorowościach zazwyczaj mamy wyniki po kilka, kilkanaście tysięcy.

[79](#) Il-6 to jedna z cytokin zapalnych, składowa parametrów burzy cytokinowej w COVID, możemy o tym mówić, gdy przekracza 6-krotnie górną granicę normy (>42).

[80](#) Strzykawka ta ma niski opór, aby fala tętna przesuwiała tłok sygnalizując w ten sposób, że jesteśmy w tętnicy, a nie w żyłę. Zazwyczaj widać to jednak po kolorze krwi lub prędkości, z jaką wypływa po rozłączeniu igły od tłoka.

[81](#) Tachypnoe – zwiększona częstość oddechów. U przeciętnego dorosłego prawidłowa ilość to 12–16 na minutę.

[82](#) Tachykardia – zwiększona częstość uderzeń serca, u dorosłego powyżej 100 uderzeń na minutę.

[83](#) Odma opłucnowa – obecność powietrza, najczęściej z uszkodzonego płuca w jamie opłucnowej powodująca ucisk na płuco i jego zapadanie się.

[84](#) Obturacja – to termin medyczny odpowiadający zwężeniu, oskrzeli w przebiegu chorób obturacyjnych np. POCHP, astmy czy nadreaktywności oskrzeli.

#niedziela 7 lutego

Po raz kolejny w tym roku, gdy wyglądałem przez okno w kuchni mojego mieszkania zlokalizowanego na poddaszu kamienicy, rozpostarł się przede mną przepiękny zimowy krajobraz. W powietrzu wirowały mikropłatki bielutkiego śniegu, zawiewane tu i ówdzie przy silniejszych podmuchach mroźnego powietrza. Na dworze temperatura musi być mocno poniżej zera, bo śnieg był sypki i nie nosił żadnych śladów nadchodzącego topnienia. Nie zdziwiło mnie to wcale, bo taką pogodę zapowiadano od kilku dni, wczoraj lokalnie podawano, że ma być paręnaście stopni poniżej zera. Idąc do pracy, obserwowałem śpiące jeszcze miasto skąpane w iście zimowym krajobrazie.

Taka senna niedziela, pierwsze dzieciaki, które zmusiły rodziców do wstania z łóżka, zaczynały wychodzić z pobliskich budynków z sankami, kierując się w stronę jedynej w okolicy niewielkiej górki w parku. Nie tak dawno naszą lokalną społeczność obiegała wiadomość o policjantach robiących zdjęcia dzieciom zjeżdżającym na sankach i próbującym nakładać mandaty rodzicom za nieprzestrzeganie obostrzeń dotyczących odległości. Jak zwykle cięgi i krytykę zebrali szeregowi funkcjonariusze, choć zarządzenia są odgórne. Paru osobom jednak zepsuło to radość z jakże rzadko pojawiającego się śniegu, swoją drogą łącząc do supermarketu i stojąc w kolejce, gdzie niektórzy nie mogą wytrzymać, żeby nie stać parę centymetrów za tobą i chuchają przez niezmienniane od kwietnia, przetarte z zużycia maski w kark, ma się większą szansę na zakażenie niż na świeżym powietrzu z sankami.

Zarówno chodniki, jak i ulice były całe białe; suchy, sypki śnieg z kolei miejscami ustępował pod wpływem wiatru, odsłaniając fragment chodnika, by w innych miejsca sypać, nawiane po pół metra zaspy. Choć te w obrazie miasta były nieliczne. Zima po raz kolejny zaskoczyła drogowców, autostrada, którą doktor Ania dojeżdżała do pracy, zamieniła się również w białe lodowisko, a pługów i piaskarek próżno było szukać. Przecież powinien być jakiś system, który przewiduje szybki wyjazd na drogę sprzętu do odśnieżania, są przecież prognozy pogody. No chyba, że to tak nie działa, już sobie wyobraziłem, jak to może wyglądać w państwowym przedsiębiorstwie.

– Szefie, zapowiadają śnieżyce na weekend, mamy się przygotować do pracy?

– Nie wierzę w zabobony i inne. Prognozy pogody dobre sobie, jak zobaczę śnieg, to uwierzę.

I tak za każdym razem.

A może po prostu nie pracują w weekend, wstaje taki drogowiec rano w niedzielę, wygląda przez okno i mówi do siebie: „O, ile śniegu napadało, dobrze, że nie muszę jechać do pracy”.

Sam nie wiem. U Niemców jakoś system działa, u Czechów też, u nas już nie bardzo.

Po przedarciu się przez śnieg i ślizgając po pokrytej lodem kostce, dotarłem wreszcie do naszego baraku. Choć nazwa ta może nie jest zbyt odpowiednia, gdyż warunki dla pacjentów są bardzo dobre, a liczba nowoczesnego sprzętu robi wrażenie.

Z olbrzymim uśmiechem na ustach powitała mnie doktor Magda i zaczęła zdawać relacje z dyżuru. Było dość spokojnie. To kolejny spokojny dyżur w ciągu ostatnich dni, w trakcie którego nie przyjęli ani jednej osoby. Oddział powoli się wyludnia, mamy raptem nieco ponad połowę zajętych miejsc. Cieszy mnie to, choć ostatnio też tak było i razem z doktor Adą zrobiliśmy dziesięć przyjęć jednego popołudnia. Gdyby taka tendencja się utrzymała, to miałbym nadzieję, że sytuacja się stabilizuje. Obawiam się jednak, że to może być cisza przed burzą. Szczepienia w Polsce idą opornie, jeśli można to tak delikatnie nazwać. Do tej pory pierwszą dawkę szczepionki przyjęło 1,2 mln ludzi, spośród których drugą dawkę otrzymało dopiero 440 tysięcy osób, w większości związanych z ochroną zdrowia, a więc grupą, w której i tak był wysoki odsetek ozdrowieńców. Tymczasem w krajach, które regularnie sekwencjonują pozytywne przypadki i różnicują warianty genetyczne wirusa, zaczyna dominować wariant brytyjski charakteryzujący się o 70% większą zakaźnością. Jest on odpowiedzialny za duży wzrost zakażeń. Zatem nie patrzę z optymizmem w przyszłość. Myślę, że w marcu będzie kolejny wysyp chorych i to zarażonych tym bardziej zakaźnym wariantem. Na razie szczepionki działają na niego tak jak na podstawowy wariant.

Niepokoją kolejne mutacje, warianty południowo-afrykański i brazylijski, które powstały niezależnie od siebie, a ich konstrukcja sprawia, że skuteczność szczepionki z ponad 90 spada do nieco powyżej 50 procent. To wyścig zbrojeń, zimna, niewidzialna wojna. Jedyne sposoby, żeby ją wygrać,

to opracowywać szybko szczepionki i wyszczepić większość populacji, aby wirus nie przetrwał, jest taka szansa, dopóki nie ma rezerwuaru zwierzęcego, w którym mógłby się „przyczaić”. Ale jeśli będziemy zwlekać i tym, co mamy szczepić w tempie, w jakim poruszały się kolejki za papierem toaletowym w PRL-u, to wojnę przegramy. Nie nadążymy za mutacjami i wirus pozostanie z nami na zawsze.

#

– Na oddziale nie najgorzej, pogorszył się stan pana Bombera. Gorączkuje i nie ma z nim kontaktu, także musisz go zobaczyć w pierwszej kolejności.

Pan Bomber, jak go w duchu nazywałem, był dziwnym, lekko dementywnym staruszkiem, który do tej pory funkcjonował w całkiem niezłym stanie jak na oddział COVID-owy. Niemniej nazwa, którą mu przydzieliłem, nie wzięła się przypadkiem. Otóż, ten jakże sympatyczny staruszek ma trochę za uszami i mówiąc kolokwialnie, był to wybuchowy dziadek. Nie wiem, o co poszło, ale popadł w konflikt z sąsiadami w kamienicy, co nie jest dziwne, dokładając zaburzenia psychiczne. Odgrązał się, że przekaże mieszkanie terrorystom z radykalnych ugrupowań muzułmańskich. Kiedy to się nie udało i nie zrobił tym na nikim wrażenia, spakował walizki i wyprowadził się, zostawiając odkręcony w mieszkaniu gaz. W wybuchu i pożarze na szczęście nikt nie zginął. Niemniej uczucie towarzyszące rozmowie z pacjentem po obejrzeniu zdjęcia z wystawionego listu gończego jest dziwne, trudne do opisanie. Z jednej strony wiesz, że to chora osoba, która ci nic nie robi, ale gdzieś w głowie pozostaje świadomość, że chciał wysadzić swoich sąsiadów w powietrze.

– No, a z takich niespodzianek. Pamiętasz pana Infarta? Pytałeś, czy jest reanimacyjny, biorąc pod uwagę ten rozsiany do kości proces wychodzący z prostaty.

– No nie mów, że się zatrzymał! Przecież on był w dobrym stanie, nawet tlenu nie wymagał. Reanimowaliście go?

Przed oczami stanął mi mężczyzna w sile wieku, bez objawów COVID-a, przekazany nam z kliniki kardiologii, po tym jak po angioplastyce wieńcowej wykonanej z powodu zawału wyszedł mu dodatni wynik testu. To ta druga twarz COVID-a zwiększone ryzyko zakrzepowo-zatorowe.

– Prawie. To znaczy rano chciał iść do domu, bo się tak dobrze czuł, ale zostawiliśmy go, bo był obciążony, a COVID mógł się jeszcze rozkręcić.

A kilka godzin później był zupełnie inny. Kiedy zawołali mnie do sali, siedział na łóżku zlany zimnym potem i trzymał się prawą ręką za klatkę – relacjonuje doktor Magda. – Bardzo bolało go w klatce piersiowej, podejrzewał u siebie drugi zawał, bo ból promieniował. Zaleciłam EKG, badanie krwi.

– I co wzięli go? – dopytałem.

– Tak, miał NSTEMI, urosła troponina, wzięli od razu bez gadania do kliniki. Tam, gdzie go „robili” trzy dni temu.

– No to dobrze.

Klinika kardiologii była nieco dalej niż okoliczne powiatowe kardiologie, zapis w EKG nie był na tyle pilny, żeby jechać na najbliższą kardiologię. W medycynie zaś, przynajmniej ja się z tym spotkałem, obowiązuje niepisana zasada między specjalistami, że powikłania bądź re-operacje, o ile nie jest to ze szkodą dla pacjenta, powinny odbywać się w tym samym ośrodku. Raz, że mają dostęp do dokumentacji, dwa, że już się tego pacjenta po prostu zna.

– Poza tym na oddziale jest spokojnie – dokończyła raport koleżanka.

Do gabinetu szefa, gdzie się odprawiliśmy, weszła pielęgniarka.

– Pan Bomber nie jest w stanie połknąć leków. Możemy założyć mu sondę do żołądka?

– Tak, już do niego idę – odpowiedziałem. To chyba nie będzie nudny niedzielny dyżur, o którym marzyłem – dodałem w myślach.

#

Pan Bomber nie przypominał pacjenta, jakiego pamiętałem. Leżał z zamkniętymi oczami i szybko oddychał, podłączony monitor wskazywał około 35 oddechów na minutę, a ja nie miałem podstaw, żeby mu nie wierzyć. Akcja serca była nieregularna i szybka, ponad 130 uderzeń na minutę, gorączkował do 39 stopni. Czyżby sepsa? Wczorajsze parametry zapalne były niskie, osłuchowo tylko pojedyncze trzeszczenia charakterystyczne dla COVID-a. Rozkręcał burzę cytokinową? To też mi nie pasuje, wcześniej tacy pacjenci pogarszają się oddechowo bardzo szybko i osłuchowo dominują nieobecne tu masywne rozlane trzeszczenia. Dlaczego mój pacjent zbliża się do krawędzi? Dopóki tego się nie dowiem, nie będę mógł go z tej drogi zawrócić. Wczoraj był jeszcze z nim kontakt, dziś leży nieprzytomny. Źrenice po otwarciu powiek są zwężone,

szpilkowate. W nocy ani rano nie dostał żadnych leków mogących wywołać taki efekt. Brak reakcji na bodźce, obniżone napięcie mięśniowe. Wygląda na to, że odpowiedź znajduje się w jego głowie. Centralny układ nerwowy. Wszystko wskazuje, że tam doszło do czegoś, co tak dramatycznie pogorszyło stan chorego.

– Proszę zrobić badania – powiedziałem.

– Jakie? Na ile próbek?

– Wszystkie. Potem zrobię listę. I dołożymy do tego dwukrotny posiew krwi.

W tym momencie musiałem mieć pełen obraz stanu pacjenta, a badania wczorajsze – przy tak gwałtownym pogorszeniu – mogły być już mocno nieaktualne. Obstawiam udar krwotoczny, choć brak asymetryczności zmian nieco temu przeczył. Chory miał zastawkę mechaniczną i był wcześniej na terapii acenokumarolem⁸⁵. Od trzech dni mimo odstawienia leków przeciwkrzepliwych i podawania dożylnie witaminy K jego INR nie spadał poniżej 6, a powinien oscylować między 2,5 a 3,5⁸⁶, stąd pierwsza myśl o udarze krwotocznym.

Poprosiłem anestezjologa o konsultację celem intubacji. Chory jest nieprzytomny i nie reaguje na bodźce, choć oddycha jeszcze samodzielnie, jego ocena w skali Glasgow wynosi minimalne 3 punkty. Skala w skrócie określana jako GCS – w wolnym tłumaczeniu jako glasgowska skala śpiączki, nie jest idealna. Ocenia 3 parametry: otwieranie oczu, kontakt słowny i reakcję ruchową. Nasz pacjent, nie otwierając oczu, nie wydając dźwięków i nie reagując na bodźce ruchem, zdobywa dokładnie tyle samo punktów co osoba nieżyjąca bądź „zwiotczona” pod respiratorem, choć sam oddycha. Jest głęboko nieprzytomny – stąd niedoskonałość skali. Nie wiem, jak szybko nastąpiło pogorszenie. Pielęgniarki wspominały, że jeszcze kilkanaście minut temu wydawał niezrozumiałe dźwięki i ruszał ręką. W przypadku GSC punktacja poniżej 8 jest wskazaniem do intubacji, tę należy wykonać szybko, bo tak głęboko nieprzytomny pacjent może się zakrztusić i udusić własnymi wymiocinami albo chociażby językiem.

Pacjent grzeje, dostał już wlew paracetamolu i dołożyłem jeszcze pyralginę, aby zbić nieco te 39 stopni. Zostałem przy nim i odchyliłem mu głowę w taki sposób, aby udrożnić drogi oddechowe w oczekiwaniu na anestezjologa. Wózek reanimacyjny stał obok z naszykowanym AMBU i laryngoskopem oraz rurką 7,5. Na sąsiednim pustym już łóżku po

pacjencie, który zmarł w nocy, postawiłem gotowy do pracy przenośny respirator.

– Kostucha była i zabrała pana Stefana, a tego tu musiała dziabnąć kosą – powiedziała pani Ula pół żartem, pół serio.

Niby to taki zabobon, że czasem jak ktoś umiera na sali, to pociąga za sobą współlokatora. Zbieg okoliczności, wiadomo. Przecież śmierć nie jest czymś namacalnym, to koniec świata, zapadnięcie w nicość, jak wchłonięcie materii przez osobliwość czarnej dziury. A może przeciwnie? To uwolnienie? Przejście do innego energetycznego stanu? Kiedyś się dowiem, oby nie za szybko. Z punktu widzenia biologii i fizyki życie po śmierci nie ma uzasadnionego istnienia, konieczna jest wymiana pokoleń, aby nowe osobniki miały miejsce do życia. Komórki wytwarzające naszą świadomość się rozpadają i nie ma nic. Żadna z naszych myśli nie pozostaje ponadczasowa, żadna część świadomości aktywna, to wieczny mrok, o którym nie będziemy zdawać sobie sprawy, bo nie będziemy istnieć. Ciało zgnije, tkanki się rozpadną, pozostaną jedynie pojedyncze atomy, które wbudują się w kolejne organizmy. I tak, cykl będzie się powtarzać w nieskończoność, aż do końca czasu i przestrzeni. Wszak wszyscy jesteśmy dziećmi gwiazd i składamy się z takich samych atomów jak one. Za pięć miliardów lat, kiedy w naszym Słońcu wypali się wodór i zacznie spalać hel, gwiazda spuchnie, zwiększając swoją objętość, a jej korona znajdzie się mniej więcej na poziomie orbity ziemskiej, zamieniając naszą planetę w ocean ognia i roztopionej skały, by w końcu ją wchłonąć. I tak powrócimy do gwiazd. A może atomy, rozproszone po naszej śmierci po Ziemi, wbudowane w wielokrotnym cyklu życia i śmierci pomkną w ciałach nieznanym nam jeszcze śmiałków na podbój kosmosu, unikając losu powrotu do rodzimej gwiazdy? A może się mylę i coś jednak jest? W końcu dziecku w łonie matki też się wydaje, że wie, jak wygląda świat. Tylko przejście z jednego do drugiego jest wydarzeniem pełnym strachu i niepewności...

Doktor Shot przyszedł niezwykle szybko. Po krótkim badaniu zgodził się z moimi przypuszczeniami i zaczął premedykować pacjenta do intubacji. Wystarczyło rzucić hasło, a pielęgniarki szykowały leki i sprzęt. Stały też pompy z naszykowanym „spaniem” oraz lekiem zwiększającym ciśnienie tętnicze – levonorem.

– Czy mogę zaintubować pacjenta? A doktor sprawdzi po mnie? – zapytałem, chciałem kontroli na wypadek, gdyby coś poszło nie tak.

– A proszę bardzo – odpowiedział starszy kolega, dając przy okazji parę cennych wskazówek.

Chwilę później wsadziłem rurę na miejsce, uszczelniłem i osłuchałem brzuch oraz lewe i prawe płuco.

– Cisza, szmer, szmer – jest dobrze – powiedziałem.

Anestezjolog sprawdził położenie rurki laryngoskopem, następnie parametry wentylacji. Mimo zdecydowanie mniejszej, ustawionej na sztywno liczby oddechów, przy użyciu czystego tlenu pacjent natleniał się ładnie, lepiej niż łapiąc szybkie 35 oddechów.

Rok temu bym nie uwierzył, że intubuję pacjenta, ustawiam respirator i prowadzę na nim chorego. Nie pomyślałbym też w październiku, choć przeszło mi to przez głowę kilka razy, że tak może być. Nie ma teraz członka zespołu lekarskiego, który nie potrafi ustawić NIV-a czy respiratora w paru trybach wentylacji. Pandemia i liczba chorych, którzy byli w ciężkim stanie, nas do tego zmusiły, zostawiając w darze te cenne umiejętności. Kiedy tylko mamy możliwość, uczymy się i próbujemy coraz więcej pod okiem kolegów z oddziału, szefa czy anestezjologów. Intubujemy, zakładamy wkłucia centralne, dostępy dotętnicze. Wszystko po to, żeby nie być bezsilnym, kiedy przyjdzie czas, że trzeba to zrobić natychmiast. Szczerze mówiąc, dostałem tak w dupę, że myślę, iż dojrzałem do tego, żeby dyżurować na SOR-ze internistycznym, jeśli zajdzie taka potrzeba.

Centralne wkłucie nieco z duszą na ramieniu założył doktor Shot, robił to pewnie już parę tysięcy razy, mnie ryzyko krwawienia przy INR powyżej 6 zniechęciło do podjęcia próby. Jemu natomiast poszło za pierwszym razem książkowo, w końcu to siła doświadczenia.

Teraz transport na TK i decyzja, kto pójdzie na jedyne miejsce na OIOM-ie, bo mam dwóch pacjentów na respiratorze. Wczoraj umarł pan Jan, zatem zwolniło się miejsce z nerką.

Oczekując na karetkę transportową, sprawdzam wyniki. Nie wygląda to na sepse, parametry zapalne ledwie drgnęły, choć tendencja wzrostowa jest, siadły natomiast nerki, narosła kreatynina i mocznik. Wciąż jednak bardziej prawdopodobny uważam krwotok do głowy, poziom sodu bardzo się podniósł prawie do 160 mmol/l⁸⁷. Cóż albo uszkodzenie osmostatu, ośrodka kontroli osmotyczności w głowie, więc hipernatremia centralna albo może się tak odwodnił? Pierwsza teoria pasuje do uszkodzeń w centralnym układzie nerwowym, druga do rozwijającej się infekcji. Na pewno jest

odwodniony, nie tylko sól, ale i kreatynina z mocznikiem jest podwyższona. Otrzymał dodatkowe płyny, ale to wciąż może być mało. Chory był zlany potem i szybko oddychał, na każdy stopień gorączki powyżej 38 należy doliczyć 500 ml zapotrzebowania na płyn. W gorączce dochodzące do 40 stopni i obfitym poceniu pacjenta spokojnie dołożyłbym 2000 ml do standardowej ilości, ponadto wcześniej pacjent był świadomy i jakąś część płynów wypijał, co teraz było niemożliwe. Mógł się nieco odwodnić.

– Doktorze, przyjechał zespół. – Przerwała mi rozmyślenia o pacjencie pielęgniarka.

Powitałem ratowników, tych samych co ostatnio.

– Weźmiemy dwie butle. Tak na wszelki wypadek... – zacząłem, ale chłopaki, pokiwali głowami ze zrozumieniem.

– Dzisiaj, bez niespodzianek, doktorze. Choć śniegu po kolana i strasznie ślisko.

Cholera, pomyślałem, patrząc na moje crocasy z dziurami. No tak na dworze jest dwadzieścia centymetrów śniegu, a ja mam tylko gumowe laczki. Cofnąłem się do miejsca, gdzie leżało służbowe obuwie i wygrzebałem nieco zakurzone kalosze, odpowiednik jednorazowych ochraniaczy na buty, które stosowaliśmy, gdy tamte chwilowo się skończyły. W kaloszach i jednorazowym fartuchu chirurgicznym mogłem już przedzierać się przez śnieg, niosąc przy pacjencie respirator i butlę. Ratownikom nie było łatwo, wąskie malutkie kółka od noszy, na których transportowali chorego, co rusz grzęzły w sypkim śniegu. Na szczęście trzeba przejść tylko paręnaście metrów, by zza winkła dotrzeć do zimnego wnętrza karetki.

– Wejdę pierwszy i będę asekurować głowę i rurkę – powiedziałem, unosząc wysoko nogę i robiąc w śliskich kaloszach duży krok do wnętrza karetki.

<Trrrrrrrr> Usłyszałem i poczułem znajomy, nieprzyjemny dźwięk. Kiedyś na studniówce tak samo strzelił mi szew na tyłku.

– Aleś się doktor rozpruł – powiedział z wyraźną uciechą jeden z ratoli.

– No kurwa... Jak Kubuś Puchatek – odpowiedziałem, przypominając sobie scenę, którą oglądałem z córką, kiedy Kubuś wykonuje poranną gimnastykę przed zjedzeniem miodku i pęka mu szew w miejscu, w którym plecy tracą swoją zaszczytną nazwę.

– Wy mi lepiej pacjenta nie wywalcie – dodałem zgryźliwie.

– Nie ma strachu, patrz, doktor, samo się opuszcza i podnosi prawie jak wyciągarka – powiedział wyższy i faktycznie załadunek odbył się półautomatycznie. A więc jednak mamy taki sprzęt.

– Co tu tak zimno?! – zapytałem, czując, jak chłód wdziera się tu i ówdzie przez zaprojektowane i niezaprojektowane otwory w moich ubraniach.

– No ogrzewanie padło. Zgłaszaliśmy. Niby naprawili, tylko dalej nie działa. Teraz to nic, bo kawałek i pacjent dobrze opatulony, ale pomyśl, że jedziesz w tym dwie godziny do kliniki i czekasz cztery, pięć godzin na podjeździe na swoją kolej. Idzie zamarznąć.

– Aha... – przyjąłem do wiadomości, bo nic mądrego do skomentowania nie przyszło mi do głowy.

#

W tomografii nie wyszło krwawienie do głowy, brak jakichkolwiek świeżych zmian, wynaczyniona świeża krew jest widoczna w głowie od razu – świeci na biało. Konsultowałem pacjenta z neurologiem, być może doznał udaru niedokrwiennego pnia, ale pewności nie ma, zmiany niedokrwienne są widoczne później, po kilku–kilkunastu godzinach. A może to coś innego na co nie wpadłem? Późnym popołudniem przekazałem pacjenta na OIOM, jest niestabilny, ale ma dobre płuca, zaledwie 10% zajętych przez COVID. Drugi chory trafi na OIOM dopiero rano, po śmierci innej pacjentki. W ten sposób po raz pierwszy od bardzo długiego czasu, bodajże od listopada, nie mamy żadnej osoby wentylowanej mechanicznie respiratorem. Nie mamy nikogo na NIV-ie, jedna osoba jest na high-flow, reszta wymaga tlenoterapii biernej. Idziemy wreszcie w dobrą stronę. Mam tylko nadzieję, że to zapowiedź normalności, a nie krótka przerwa w boju, przed rozkręceniem się wariantu brytyjskiego.

Ten szczep, według wyliczeń epidemiologów, ma być dominującym w marcu: w Wielkiej Brytanii, Kanadzie i części zachodniej Europy. My zazwyczaj w Polsce mamy około 4–6 tygodni przesunięcia od sytuacji na zachodzie, u nas poza tym nie sekwencjonuje się masowo wariantów wirusa, więc nie będziemy wiedzieć, kiedy zaczną dominować. To swoisty wyścig zbrojeń między działającą na niego szczepionką a tempem zarażania ludzi. Zobaczymy. Jeśli do końca kwietnia nie będzie znaczącego wzrostu zachorowań, to myślę, że będziemy mieć parę miesięcy oddechu – do jesieni. To czas, w którym należałoby przemyśleć strategię lockdownu, tak,

aby nie zarznąć ledwie żyjących firm. Zdecydowana większość z nich mogłaby funkcjonować z minimalnym ryzykiem epidemiologicznym. W mojej ocenie wektorem największej transmisji są szkoły i tłocząca się w nich młodzież. Niestety powinniśmy kontynuować nauczanie zdalne, przynajmniej do czasu wyszczepienia dorosłej populacji lub ograniczenia ryzyka transmisji wirusa w kraju. Z jednej strony szkoda dzieciaków, bo zgadzam się, że efektywność e-nauczania może nie być na tyle wydajna jak zwykłego. Z drugiej strony może to jest moment, w którym można się nauczyć, jak uczyć się samemu, bo później młody człowiek idzie na studia i jest szok, że trzeba samemu zdobywać wiedzę i nie ma głaskania po główce jak w szkole. Co postanowi rząd? Zobaczymy.

#

Miała rację z tymi żołędziami, miała rację... – pomyślałem znowu, ślizgając się po zaśnieżonym chodniku. Mamy wreszcie prawdziwą zimę. A ta jest naszym tymczasowym sprzymierzeńcem w walce z wirusem.

#czwartek 11 lutego

Nie mamy nikogo podłączonego do respiratora – zdążyłem powiedzieć. No to już mamy, właśnie załamała się oddechowo nowa pacjentka i szef sam ją zaintubował, w ostatniej chwili. Wystąpiło NZK przy nas, ale po intubacji i dwóch minutach masażu zaskoczyła. Założyłem drugi raz w życiu wkłucie centralne z prawdziwą przyjemnością. Coraz częściej myślę o spróbowaniu swoich sił w dyżurowaniu na SOR-ze. Zaintubować, jak trzeba zaintubuję, respirator ustawię, wkłucie centralne założę, internistyczne rzeczy ogarnę. Jeszcze na wiosnę wołaliśmy anestezjologa, żeby nam pokazywał, co i jak z respiratorem robić, tłumaczył jak debilom krok po kroku, zaczynając od żartobliwego wskazania na maszynkę podłączoną do pacjenta rurami ze słowami: „To jest respirator”. Nie ma lekarza, który wie wszystko, ani momentu w życiu, w którym przestanę się uczyć. Czuję jednak, że to ta chwila, w której postawione sobie minimum do pracy na SOR-ze internistycznym spełniłem. Tak naprawdę chodzi tam o wyłowienie igły ze stogu siana, diagnostykę różnicową i odsianie tego co nieistotne, żeby nie zbagatelizować i nie przeoczyć czegoś, co zabije pacjenta. Mało jest

przypadków, gdzie jest to strictly medycyna ratunkowa po stronie nie urazowej, choć i takie się zdarzają.

#

W Tłusty Czwartek zewsząd dostaliśmy pączki, w tym trzy kartony od wdzięcznego właściciela piekarni, którego mamę i żonę ja i doktor Magda wyprowadziliśmy z COVID-a. Jeden karton zjedliśmy sami, drugi rozdaliśmy pacjentom. Oj, chyba będą skoki cukrów popołudniowe, rodziny i tak w ten dzień w rzeczach dla chorych przemycały pączki, więc jeden raz w roku można, a trzeci karton zaniósłem chłopakom na SOR. Zresztą i tak musiałem pogadać z doktorem Szewcem, bo ostatnio nie dogadaliśmy się z mojej winy w sprawie przekazania pacjenta, miał przejechać przez TK po drodze na nasz oddział, a koleżanka z psychiatrii wysłała go na SOR.

– Przepraszam za to ostatnie – powiedziałem, witając się z „sorowcem”. – Nie zrozumieliśmy się z psychiatrią.

– A nie ma sprawy, ja też przepraszam, ale mieliśmy wtedy niezły zapierdół i nie było jak przyjąć na SOR. Wszystko było zajęte.

– No, ale dzięki, że pyknałeś to skierowanie z „karety” i pojechali z pracowni od razu do nas. Wtedy był dramat z transportem.

– Wiem, my też, a jeszcze miałem „sopla”, także reanimacja masakryczna...

Po tym jak zamknięto izbę zakaźną, a szpital przestał być jednoimiennym tworem na SOR-ze nastąpiły zmiany, doktor Szewc ze swoim zespołem odwalał kawał dobrej roboty. Myśmy zbierali COVID-y ze sporej części województwa, ale te z naszego regionu były diagnozowane właśnie przez kolegów na SOR-ze. Dodatkowo przypadły im inne internistyczne „niekoronawirusowe” przypadki. A interna jako tako w naszym szpitalu nie istnieje, więc każdy „czysty” pacjent musiał być wysyłany do okolicznych „współpracujących” oddziałów. Większość szpitalnych pacjentów przechodziła przez SOR. Zdarzały się więc i ekstremalne przypadki.

Doktor Szewc reanimował „sopla”, pacjenta w skrajnej hipotermii, temperatura głęboka ciała wynosiła 24 stopnie, zamarzył w jakiejś altance, rozgrzewając się uprzednio tanim winem, co nie jest dziwne przy tych mrozach. Metabolizm wtedy zwalnia i organizm w hipotermii jest w stanie wytrzymać znacznie dłużej bez tlenu niż w normalnej temperaturze.

Według podręcznika ALS⁸⁸ zużycie tlenu w komórkach spada o 6% na każdy jeden stopień Celsjusza obniżenia temperatury głębokiej organizmu. Brak oznak życia w hipotermii nie jest równoznaczne ze zgonem. W temperaturze 18 stopni mózg toleruje 10-krotnie dłuższy okres czasu bez tlenu niż w 37 stopniach. Według danych z rzeczonoego podręcznika opisano przypadki przeżycia w dobrym stanie klinicznym po przedłużonym RKO u wychłodzonych w zimnej wodzie pacjentów, do temperatury głębokiej ciała 13,7 stopnia Celsjusza. Tak naprawdę już od studiów adeptom medycyny i ratownictwa tłucze się do głowy jedną zasadę: „Nikt nie jest martwy, dopóki nie jest ciepły i martwy”. Doktor Szewc zatem ogrzewał pacjenta i prowadził akcję reanimacyjną przez dwanaście godzin przy użyciu urządzenia do kompresji klatki piersiowej LUCAS. Po tym czasie i ogrzaniu pacjenta mimo heroicznej walki stwierdził zgon. I w zasadzie nigdy nie wiadomo, czy pacjent już w chwili podjęcia akcji nie żył, czy po drodze przegraliśmy z paskudną triadą śmierci: hipotermią, kwasicą, koagulopatią. Trzema mechanizmami, które wzajemnie się napędzają. Przy zatrzymaniu krążenia zawsze występuje kwasica, bo komórki, mimo że krew przestaje krążyć, zużywają tlen i produkują kwaśne metabolity.

Kwasica powoduje uszkodzenie komórek i narządów, zaburza pracę serca, jeśli jeszcze bije, co będzie skutkować obniżeniem ciśnienia i temperatury. Obniżenie temperatury głębokiej o każdy jeden stopień zmniejsza aktywność układu krzepnięcia o 10%, co może wiązać się z ryzykiem krwotoku zewnętrznego lub wewnętrznego, a więc nawet jeśli serce zaskoczy i ruszy, potrafi dojść do utraty krwi i spadku ciśnienia i wtórnego niedotlenienia. Niedotlenienie powoduje przejście komórek w beztlenowy tryb spalania komórkowego paliwa i nasila kwasicę.

– I co nie zaskoczył po tylu godzinach i ogrzewaniu? – zapytałem.

– Nie, do tego chlusnął z wszystkiego, z czego tylko mógł, krzepnięcie siadło zupełnie, jego płuca zalały się krwią, leciała nawet z rurki tracheostomijnej. Paskudny widok.

– Ano... Rozumiem. Jeszcze raz przepraszam za tamto nieporozumienie. Pączki zostawię w socjalnym. Smacznego!

– Dzięki! – powiedział doktor Szewc, uśmiechając się. Nie wiadomo, kiedy zje pączka. Właśnie karetka przywiozła kolejnego chorego.

#piątek 12 lutego poluzowanie restrykcji

Zimno tak, że trzeba wkładać kalesony pod spodnie. Śnieg tworzy zaspę na ulicach, a pies moich rodziców wychodzi jedynie na siku i potem ucieka z podkulonym ogonem do ciepłego domu. Tymczasem premier Morawiecki od dzisiaj odwołuje restrykcje: otwarte będą korty tenisowe i baseny oraz boiska na świeżym powietrzu. No kurwa... Morsowanie będzie narodowym sportem Polaków, już paru takich mądrych, co w gaciach poszli w góry, ścigali helikopterem, a jedna kobieta trafiła w ciężkiej hipotermii na OIOM. Dobrze, że otworzyli stoki, bo mogli to przecież zrobić latem. Ale na razie na otwarciu krytych lodowisk nie mamy co liczyć. Działają galerie handlowe, ale mieszczące się w nich restauracje zamiast mieć wydzielone miejsca do siedzenia, oczywiście z zachowaniem norm sanitarnych, mogą sprzedawać jedzenie jedynie na wynos. Kończy się tak, że ci, co są głodni, niczym na dworcu koczują w galeriach w kucki na podłodze i zjadają zapakowane na wynos siedzenie, bo stolik pół metra dalej jest pozawijany taśmą ochronną, żeby tylko nikt, broń boże, na nim nie usiadł.

Ludzie się buntują przed zarzynaniem ich biznesów i brakiem pomocy ze strony państwa i zaczynają łamać lockdown, otwierając się. Bo czy wizja mandatu przekona kogoś, kto ma perspektywę utraty majątku całego życia, zamknięcia firmy i wywalenia na bruk iluś osób? Państwo zamiast to widzieć i reagować, przychodzić z pomocą dla takich ledwie dyszących firm, idzie z nimi na wojnę. Zastępca prokuratora generalnego Krzysztof Sierak w ujawnionym przez media piśmie zaleca, aby przedsiębiorca, który będzie próbował prowadzić swój biznes mimo rządowych zakazów, stał się celem prokuratury. Traktować należy go jak najsurowiej, stawiając zarzut z art. 165 kk, mówiący o „sprowadzeniu powszechnego niebezpieczeństwa dla życia lub zdrowia wielu osób albo dla mienia w wielkich rozmiarach, powodując zagrożenie epidemiologiczne lub szerzenie się choroby zakaźnej albo zarazy zwierzęcej lub roślinnej”. Za to może grozić do 8 lat pozbawienia wolności⁸⁹. Co jest jeszcze bardziej perfidne dokument, do którego dotarł redaktor stacji radiowej, zawiera wytyczne dla sanepidu; w jaki sposób pod pozorem kontroli bezpieczeństwa żywności, która może być niezapowiedziana, dokonywać drugiej, rzeczywistej kontroli mającej na celu zamknięcie lokalu.

I żeby jeszcze robili to dla dobra ludzi, a tu idiotyzm decyzji pogania idiotyzm. Do tego plują w mordę narodowi i mówią: „patrzcie, jak pięknie

deszczyk pada”.

Więc kiedy ludziom padają biznesy, kiedy wszyscy marzą o wyjściu z domu i wyrwaniu się gdzieś wreszcie, żeby odetchnąć trochę normalnością, gdzieś w Polsce dochodzi do niewielkiego spięcia w szafce z instalacją elektryczną, a dokładniej 7 lutego wystąpił pożar w pewnym nieczynnym hotelu. Bo przecież nie mógł być czynny, skoro ustawowo są pozamykane. Z nieczynnego hotelu ewakuowano około 100 gości, w tym sędzię Trybunału Konstytucyjnego Krystynę Pawłowicz. Pani sędzi nic na szczęście się nie stało i została odwieziona samochodem SOP⁹⁰. Ależ miały używanie te lewackie media, że to policzek w kierunku narodu, że władza się bawi, a suweren cierpi. A tak naprawdę żerowali na nieszczęściu i konieczności medycznej rehabilitacji zasłużonej dla ojczyzny sędziny. Na szczęście pani Pawłowicz opublikowała na swoim Twitterze kurtuazyjny post, który powinien wszystkim wyjaśnić wątpliwości, cytuję: „WSZYSTKO, co piszą media, z wyjątkiem notatki PAP jest KŁAMSTWEM. Odsyłam do info PAP. I proszę porównać skalę KŁAMSTW lewackich mediów”⁹¹.

I faktycznie Polska Agencja Prasowa napisała, że pożaru nie było, doszło do niewielkiego zadymienia, a pani Krystyna Pawłowicz przebywała na pobycie leczniczym w SPA, bo te przecież są dozwolone. Całość dodatkowo poparła TVP info, pokazując, jak obrzydliwe są fake newsy rozpowszechniane przez zajadłą opozycję. I już nawet strażacy, którzy sfotografowali spalone częściowo pomieszczenie, nie byli pewni, czy to faktycznie to pomieszczenie, a w zasadzie czy w ogóle tam byli. Tak, bo prawda jest tylko jedna, i jedne powinny być wolne media, te rządowe. Ot co...

Karol XVI Gustaw, król Szwecji, stwierdził: „[...] zawiedliśmy, mamy wielu zmarłych [...]”, mówiąc o pandemii, ponieważ w 2020 roku zmarło 7% więcej Szwedów niż rok wcześniej. Całe szczęście, według naszego premiera odnieśliśmy sukces i „wygrywamy z epidemią”, mając prawie 20% więcej zgonów niż w 2019 roku. To tylko 79 tysięcy Polaków więcej, to tak jakby wymazać Konin z mapy Polski, no i może jakąś pobliską wioskę.

Puff... 365 dni i Konina nie ma...

#wtorek 23 lutego

Czasami na kogoś patrzę i wiem, że się spieprzy, no po prostu wiem, czuję to i tyle. COVID jest na tyle paskudną chorobą, że nie mając leków przyczynowych, leczymy go objawowo, ale czasem to nic nie daje. Robimy wszystko, co możemy, a pacjentowi i tak się pogarsza, w końcu umiera.

„Wczorajszego” przrzuciłem nawet na salę intensywnego nadzoru, a i tak nic to nie dało. Nawet nie desaturował za bardzo, nie podobał mi się jego całokształt. Nic szczególnego się nie działo, a w którymś momencie jego serce przestało bić, a klatka piersiowa się unosić, o czym natychmiast poinformowały nas alarmujące piski maszyny monitorującej parametry życiowe. Reakcja była natychmiastowa, najbliższa pielęgniarka rozpoczęła uciskanie klatki, kolejna pobięła powiadomić nas o zatrzymaniu, inna przyciągnęła wózek reanimacyjny i przygotowywała sprzęt do udrażniania dróg oddechowych i wentylacji. Przy tylu reanimacjach, jakie mieliśmy w ostatnich miesiącach, nikomu nie trzeba mówić, co robić, a całość działa niczym trybiki dobrze dopracowanego mechanizmu. Nawet go z szefem wyreanimowaliśmy i to trzy razy, trzy razy jego serce zaczynało bić i przez kilka minut utrzymywało falę tętna niosącą krew do komórek w ciele, ale za czwartym razem się nie udało. Pozostało nam stwierdzić zgon. Niekiedy mam wrażenie, jakbym był obserwatorem filmu „Oszukać przeznaczenie”⁹², a śmierć jako nadnaturalna siła po prostu z nas stawiających jej czoła kpi. Widziałem już tyle dziwnych zgonów po COVID-zie, tak po prostu, że wygląda to tak, jakby Kostucha upomniała się o swoje ofiary i tych wyciągniętych żywcem z grobu, odbierała nam na inny sposób. Po prawie dwóch tygodniach stosowania NIV i skrajnej niewydolności oddechowej nasza pacjentka od kilku dni była już na tlenoterapii biernej. Na masce z rezerwuarem utrzymywała ładne 92–96% saturacji na tlenie w całkiem przyzwoitym przepływie. Wymęczona, z odleżyną na twarzy, po masce pełnotwarzowej, ale oddychająca w miarę swobodnie tlenem. Jej płuca pewnie by zwłókniały i wymagałyby tlenu podawanego przez koncentrator, ale jakoś by funkcjonowała. No ale nie, musiała się załamać krążeniowo i rozwinąć wstrząs krwotoczny, krwawiąc do ręki... To w krótkim czasie parudziesięciu minut wystarczyło, żeby się załamała wielonarządowo z powodu hipoperfuzji tkanek i poszła na respirator. Nie miała żadnego urazu, leżała w łóżku, a jednak pękło jakieś naczynie i doznała masywnego wewnętrznego krwotoku. Jeszcze żyje, ale myślę, że z tego nie wyjdzie. To byłby któryś z kolei pacjent, który po wyleczonym COVID-zie umiera na coś zupełnie innego: udar, zator, zawał,

tętniak, zachłyśnięcie wymiocinami, zaburzenia rytmu, krwotok, wstrząs septyczny... Ta pieprzona siła wyższa, niezadowolona z naszych działań, ponownie podchodzi do nich z niewidzialną kosą... A my wciąż staramy się „oszukać przeznaczenie”.

Wychodząc z sali i zrzucając zabrudzone krwią rękawiczki do kosza, spojrzałem na przerażoną twarz pacjentki leżącej na drugim łóżku. To sala „R” – reanimacyjna, jeśli nie ma wolnego miejsca na innej „erce”, to pacjenci różnych płci leżą w tej samej przegrodzeni jedynie szmacianym parawanem. Nie widziała akcji, ale słyszała ją, a odgłosy walki o życie przesłonięte płócienną zasłoną na pewno silnie oddziaływały na jej wyobraźnię. To, co dla nas jest normą, przy walce o życie innego człowieka dla przeciętnego Kowalskiego jest traumatycznym przeżyciem, a przecież leży na tej samej sali, w głowie od razu kiełkuje myśl: „To mogłem być ja”.

– Wszystko w porządku, pani Karino? Czy dać pani coś przeciwlękowego?

– Tak... Nie... Nie wiem... Trochę się trzęsę... Czy on...? – zapytała rozdygotana.

– Tak, umarł – odpowiedziałem. Choć przed chwilą na pytanie pielęgniarki o godzinę zgonu podałem konkretny czas, najwyraźniej jest w szoku albo potrzebowała potwierdzenia wprost. Za chwilę zaczną pakować zwłoki w worki i wywozić je z sali, co będzie kolejnym obciążającym psychicznie doświadczeniem dla pacjenta.

– Ja też tak skończę? – zapytała ze strachem w oczach kobieta.

– Nie. Pani się poprawia, od dwóch dni nie korzysta pani z NIV-u, tylko tej maski z tlenem. Jesteśmy na dobrej drodze do domu – odpowiedziałem z uśmiechem skrytym pod chirurgiczną maseczką. Mam nadzieję, że wyczyta to z mimiki całej twarzy. Ona już jest na dobrej drodze do wyjścia, najgorsze przecież za nią, prawda? – zapytałem tym razem sam siebie w duchu.

#

– I ja go wtedy cap, jeb za szmaty i ściągnąłem z tego parapetu... – Usłyszałem fragment rozmowy Tomka, ratownika, który ma dyżury.

– Masz kota? – zapytałem.

– Nieee... Miałem nockę i „skoczka” ściągnąłem z parapetu. Ale łapy mi się upociły, z dziećmiakami jest inaczej niż z dorosłymi.

– Opowiadaj – zachęciłem zaciekawiony. Nie jeżdżę karetką, ale uwielbiam różne opowieści z wezwań.

– Dostaliśmy informację, że chłopak chce się zabić, w jednym z bloków w Górzycy. Więc weszliśmy na górę, siódme piętro, oczywiście standardowo winda zepsuta. Do domu wpuszcza nas matka zapłakana, bo synek chce zrobić z siebie mokrą plamę na chodniku poniżej. Jest druga w nocy, cały dzień napierdział w sieciowe strzelanki i matka zabrała mu laptopa. Tak wynikało z krótkiego wywiadu. Ty mi zabrałaś laptopa, to ja skoczę z okna. Zniszczyłaś mi życie! – tak powiedział matce, ciągnie opowieść ratownik. – No i faktycznie zaglądamy do pokoju, a tam zimno w cholerę, i siedzi taki pulchnutki dzieciak na parapecie z nogami na zewnątrz i drze się, żebyśmy wypierdalali, bo skoczy. Jak ktoś podejdzie, to skoczy i tak dalej. Wyglądał, jakby się naćpał, ale ja już takich dzieciaków sporo spotkałem. Są w szale i nieobliczalni, czasem się opamiętają, ale naprawdę w tym momencie nie wiedzą, co robią i często brną w ten obłąd. Przyjechała policja, strażacy rozwijają skokochron, ale młody się tak gibie niczym orangutan, że jak będzie chciał to i skokochron nie pomoże, to siódme piętro, polecą trochę w bok i już lipa... No i się zaczynają negocjacje. On się drze i znowu każe wypierdalać wszystkim, policja coś mówi przez megafon i go przekonuje, matka płacze, że kupi mu wszystko. A my stoimy w mieszkaniu i czekamy. Wreszcie ja po cichutku, krok za kroczkiem, powoli wszedłem do pokoju i jak puszczał kolejną wiązanekę na wszystkich łącznie z matką i ludźmi na dole, to wziąłem go złapałem za szmaty i wciągnąłem do środka, aż tymi nóżkami zawierzgał w powietrzu.

– No to gratuluje. Uratowałeś dzieciaka – powiedziałem z uśmiechem.

– To sobie wyobraź, że mówię do matki, że go zabieramy na obserwację na psychiatrię i czy wyraża zgodę.

– No pewnie. W końcu chciał się zabić.

– A ona, że: „Nie wyraża zgody!”.

– My robimy takie oczy jak pięciozłotówki, razem z policją i tłumaczymy. „Pani syn chciał popełnić samobójstwo, wymaga obserwacji psychiatrycznej”.

– Oskarek się tylko zestresował... – odpowiedziała nam, a potem dodała tuląc synka: – Mamusia kupi ci, co będziesz chciał...

– Ja pierdołę... – wyrwało mi się mimowolnie. – Przecież następnym razem ją zatłucze stołkiem albo wyskoczy przez okno, bo mu postać w grze zginęła...

– Co zrobisz, jak nic nie możesz... Pouczyliśmy ją i sporządziliśmy notatkę służbową razem z policjantami. Powiedzieliśmy, że jeśli chłopak coś sobie zrobi, to teraz ona za to będzie odpowiadać. On powinien trafić na psychiatrię dziecięcą. A takich dzieciaków jest coraz więcej i to nie tylko przez pandemię, choć teraz im coraz bardziej odwala. Widzę skalę, już prawie dwudziesty rok mija, jak jeżdżę w karetce.

– A jak postawy rodziców? Bo dla mnie to ta matka krzywdzi dziecko.

– A wiesz to różnie. Ostatnio byłem na interwencji razem z policją, bo dwunastolatek chciał dźgnąć matkę nożem za to, że zabrała mu telefon.

– Jezu, za telefon? – Wciąż nie mogę uwierzyć w takie historie, choć czasem się słyszy o podobnych tragediach.

– No za głupi telefon, gówniarz miał mieć szlaban, bo się nie uczył. Ale tu matka była zajebista. Wchodzimy z policjantami do kuchni, a tam ten dzieciak z nożem w łapie, takim zwykłym kuchennym. Ale jak nas zobaczył, to faja mu ewidentnie zmiękła. Weszliśmy i kazaliśmy rzucić nóż, to rzucił na ziemię. Matka nie wiem, czy bardziej wystraszona, czy wkurwiona na niego, stoi taka blada. Trochę mi jej żal, ja sam nienawidzę sytuacji, w której dzieciaki startują do rodziców. Więc mówię do niej: – Zabieramy go na psychiatrię na obserwację.

– Dobrze, ale proszę go skuć – rzuciła matka do policjantów, a dzieciakowi oczy wypełniły się łzami. – Wzięli skuli mu ręce na plecach, rzucił się na kolana i zaczął matkę przeproszać. No i tu wielki szacunek dla niej, bo podeszła do niego przykucnęła i powiedziała mu prosto w oczy: „Trzeba ponosić odpowiedzialność za swoje czyny”.

– No i dobrze zrobiła, na pewno było jej ciężko, ale przy takim podejściu jest szansa, że wyrośnie na ludzi – odpowiedziałem.

Bezstresowe wychowanie, największa bzdura, jaką w życiu słyszałem. Nie ma życia bez stresu. Stres jest bodźcem, który pozwala się rozwijać, zabieranie go to jak podcinanie skrzydeł ptakom. Nie powinniśmy wychowywać dzieci bezstresowo, mają się stresować, mają próbować różnych rzeczy, mają się mylić i ponosić porażki. My zaś mamy ich nie krzywdzić, mają mieć w nas wsparcie, a kiedy trzeba, mamy popchnąć je i z powrotem – naprostować, kiedy tylko zbczą z dobrej ścieżki. Nadmierną troską też można zrobić krzywdę. Roztaczanie wszechogarniającej bańki ochronnej, odgradzającej dziecko od wszystkich problemów sprawia, że wychowujemy życiowe nedorajdy, którym się wydaje, że wszystko im się należy, ale nie są w stanie pokonać żadnej

trudności. Trudno jest przeskoczyć kłodę, którą życie rzuca nam pod nogi, jeśli dotychczas nie pozwalano nam przejść, nawet nad patykiem w obawie, że się potkniemy. Trend zaś jest ogólnie niepokojący, widać to też w infantylizacji edukacji i podejściu do niej. Moja mama jest nauczycielką i mówiła, że kiedyś to uczeń tłumaczył się rodzicowi, dlaczego dostał jedynkę, dziś nierzadko rodzic żąda wytłumaczenia od nauczyciela, dlaczego dziecko ma taką ocenę.

Wracając do tematu psychiatrii dziecięcej, na początku roku ta niezwykle istotna i niedoceniana przez społeczeństwo dziedzina, a przynajmniej przez tych, którzy z zaburzeniami psychicznymi dzieci i młodzieży się nie zetknęli, miała być dofinansowana 80 milionami złotych ze Skarbu Państwa. Kwota, która wydaje się duża, wcale wygórowana nie jest, zwłaszcza w skali kraju i dramatów dzieci. To byłaby realna pomoc, plaster na otwartą ranę polskiej psychiatrii, a poza tym łatwiej jest zadbać o zdrowie psychiczne dzieci, zapobiegając aktom samoagresji, niż leczyć ich powikłania po nieudanych próbach samobójczych na OIT-ach. Nie mówiąc o tym, że niektóre próby kończą się trwałą niepełnosprawnością, a to jak to brutalnie nie zabrzmi, jest ekonomicznym obciążeniem dla państwa. I ostatnie, i najważniejsze, jak ktoś nie reaguje na krzywdę dzieci, a tu gwarantem funkcjonowania opieki psychiatrycznej jest państwo, to jest to po prostu zwykłe skurwysyństwo, równoznaczne z przymykaniem oczu na maltretowanie czy molestowanie dziecka. Tylko w białych rękawiczkach, bo jakby taki jeden z drugim zobaczył skrzywdzonego malucha, to może coś by go ruszyło, a tak tysiące prób samobójczych przez niedofinansowanie psychiatrii to statystyka. Nikt nie jest temu przecież bezpośrednio winny, to się zdarza. Lepiej dać dwa miliardy złotych na propagandową telewizję, by wychować sobie rzesze wiernych wyborców. A dzieci, cóż, będą dalej umierać z bezgłośnym krzykiem bezsilności wobec świata dorosłych.

#

Osobiście nie lubię jednego typu pacjentów. Oczywiście, nie zmienia to mojego postępowania wobec nich, ale wewnątrznie odczuwam do nich niechęć. To narkomani. Ludzie, którzy swoimi decyzjami doprowadzają się na dno i do stanów bliskich śmierci, a do tego zazwyczaj są agresywni i pobudzeni. Mężczyzna, którego właśnie przyjąłem, był szczupły,

z długimi chudymi rękoma i niepełnym uzębieniem. Wyglądał na oko na pięćdziesiąt parę lat, ale karta informacyjna z peselem podpowiadała mi, że jest o zaledwie 3 lata od mnie starszy, był również moim imiennikiem. Dializowany, uzależniony od alkoholu i narkotyków, młody mężczyzna był wrakiem człowieka. Być może gdyby kilkanaście lat temu miał opiekę psychiatry dziecięcego, dziś byłby na zupełnie innym miejscu w życiu.

– Panie Tomasz, od jak dawna jest pan dializowany?

– A będzie ze cztery lata. Chyba... – odpowiada niespokojnie mężczyzna.

– Jaka była przyczyna niewydolności nerek? – dopytuję.

– No nerki przestały pracować.

– To wiem, ale dlaczego? Bo poza nadciśnieniem wtórnym do niewydolności nerek nie ma wypisanych u pana w dokumentacji innych chorób.

– Brałem dużo amfetaminy i leków przeciwbólowych. Lekarz mówił, że to przez to.

– Często pan bierze amfetaminę? Czy coś jeszcze?

– Nie, nieczęsto, jestem przecież chory – odpowiada poddenerwowany pacjent.

– A ostatnio?

– No amfetaminę to ze trzy tygodnie temu.

Czytałem jego kartę i ni w ząb mu nie wierzę. Pewnie brał ostatni raz jak tylko kryształ wpadł mu w ręce. Wedle dokumentacji opuścił kilka ostatnich dializ i przywieźli go ledwie żywego z obrzękiem płuc do szpitala. Tam w codziennych dializach wydializowali ponad 15 litrów nadmiaru wody i kilkakrotnie spuszczały płyn z opłucnej.

– A coś jeszcze?

– Nie... – Spojrzeliśmy po sobie i pomilczeliśmy chwilę.

– No czasem mefedron – dodaje.

– Ostatnio zabalował pan trochę.

– A jakoś tak wyszło... – Uśmiechnął się nieszczercze pacjent.

Rozmawialiśmy jeszcze dłuższą chwilę, kiedy zbierałem wywiad i badałem go, i coraz bardziej jasne się stawało, że jest na głodzie... A już sama obecność kamery w pomieszczeniu nad wyraz go irytowała. W późniejszym czasie głód stawał się coraz silniejszy, a pacjent bardziej pobudzony i agresywny wobec personelu, choć na szczęście ograniczyło się to do słów. Potem zadziałały leki, cudowne połączenie relanium

i haloperidolu, oplóty pacjenta w farmakologiczny kaftan bezpieczeństwa, uspokajając zarówno chorego, jak i personel.

#

Denerwujący dzwonek komórki rozlega się gdzieś spod chirurgicznego fartucha, który mam włożony na przyjęcie następnego pacjenta. To kolejne dziś przyjęcie. Jeśli zrobimy jeszcze kilka, to zapełnimy wszystkie możliwe łóżka na oddziale. Gdy wreszcie udało mi się dogrzebać do służbowej komórki i szlag trafił cały sens wkładania fartucha chirurgicznego w strefie brudnej, w telefonie rozległ się znany mi z pracy w izbie zakaźnej głos.

– Koordynator wojewódzki, dzwonię z pytaniem, czy macie miejsca i czy przyjmiecie pacjenta dodatkiego z... – Tu pada nazwa miejscowości, której zupełnie nie kojarzę, poza tym, że jest w cholerę i jeszcze trochę daleko.

– Pani koordynator, pewnie, że pomożemy, jest tak źle, że musi do nas jechać z tak daleka?

– No to będą tak za trzy godziny. A ile macie miejsc? – pyta.

– No z tym to jeszcze z sześć.

– No to mam sześć miejsc w województwie. – Jej ponury przez chwilę głos się rozchmurzył. – Będziemy zatem w kontakcie.

– Nigdzie poza nami nie ma?

– Z tego, co wiem, to nie, a te internetowe wykazy miejsc są do kitu. Dzwonię i pytam, no i tylko wy się zgodziliście, w promieniu 200 kilometrów nie ma miejsc.

– A Lecznica? Tam niby duży tymczasowy wybudowali?

– Twierdzą, że nie mają.

– Pani doktor, ten pacjent to zabrany z domu karetką? W jakim jest stanie?

– W średnim, saturacja poniżej 85 procent bez tlenu, na tlenie 97.

– Niech przyjedzie przez nasz SOR, zrobią mu od razu TK, bo problem jest z wożeniem od nas na tomografię, trzeba dodatkowo transport zamawiać, a ja to z lekarzem SOR-u ustalę.

– Przekażę, dziękuję. Miłego dnia – odpowiada pani koordynator.

– Miłego dnia – życzę, rozłączając się.

Kontakt z SOR-em przebiegł wzorowo. Dziś jest tam doktor Futerko, z którym miałem przyjemność raz czy dwa wcześniej współpracować i zawsze odbywało się to w atmosferze pełnej życzliwości

i profesjonalizmu. To kolejny nowy nabytek naszego dynamicznie rozwijającego się szpitala, a zwiększona kadra lekarska i brak konieczności łątania dziur w grafiku wszystkim wychodzi na dobre.

– Nie ma problemu, z TK pojedzie prosto do was. A znajdzie się jeszcze jedno miejsce? Mam starszą pacjentkę, w antygenie wstępnie dodatnia, zaraz będę jej robić TK – pyta doktor Futerko.

– Będzie – odpowiadam zgodnie z prawdą, wypytując o szczegóły dotyczące pacjentki.

#

Dyżur był pracowity, mieliśmy kilku cięższych pacjentów na NIV-ach, ale nikt nie sprawiał wrażenia, żeby miał się załamać i pójść dzisiaj „na rurę”. Wieczorna wizyta szła nad wyraz sprawnie, na pierwszej sali „R” było miejsce po reanimowanym pacjencie. Już przygotowane, pościelone i nikt, kto na własne oczy nie widział, jak kilka godzin wcześniej walczyliśmy o jego życie, by nie powiedział, że ktoś tu wcześniej leżał. Chyba nie ma w szpitalu łóżka, no może poza leżanką w socjalnym, na którym ktoś by nie umarł. To zaś czekało już na kolejnego pacjenta. Na łóżku obok pani Karina z uśmiechem powiedziała, że niczego nie potrzebuje. Dobrze zobaczyć ją bez NIV-a na twarzy, tylko w masce z rezerwuarem. Saturację trzyma dość dobrą jak na to, co przeszła. Odleżyna na nosie w końcu się wygoi. Ważne, że nie potrzebuje tak agresywnej tlenoterapii jak wcześniej.

W sali obok leży niespokojny alkoholik, który majaczy, oraz pacjent, który musi tego majaczenia niestety słuchać. Dalej nieco ponad 50-letni mężczyzna z nowotworem, u niego NIV jest tym, co maksymalnie możemy zastosować. Parametry wentylacji ma złe, nieco sedacji, na tyle by być spokojnym i nie odczuwać tak silnej duszności, ale gdyby zerwał sobie maskę, to w ciągu paru minut, by się udusił. Drugi pacjent na tej sali również jest na NIV-ie, ale w o wiele lepszym stanie, dobrze toleruje terapię. Na kolejnej sali pacjentka, która jeszcze daje radę na high-flow, 60 litrów 95% tlenu na minutę, ledwie jej wystarcza. I tak co salę, prawie cały oddział wypełniony ludźmi, którym wirus w mniejszym lub większym stopniu kradnie płuca. Wracamy do tego, co było w listopadzie i grudniu, pieprzona III fala.

Udało się względnie szybko przez wieczorny obchód przebrnąć. Plan był prosty jak zawsze: „Nikt się nie psuje, wszyscy się czują dobrze.

Odpoczywamy do rana”. Tylko to się nigdy nie udaje, Mojry⁹³ zawsze znajdowały nam zajęcie, a dziś Atropos⁹⁴ zamierzała porządnie się z nami zabawić.

– Panią Karinę na „erce” boli brzuch i jest dość szybka – oznajmił przez telefon Grzesiek, nasz pielęgniarz.

– Ile?

– 140 na minutę.

– Zaraz będę... – mówię i ruszam z gabinetu w stronę drzwi z czerwonym napisem „Strefa brudna”.

Po wejściu na salę intensywnego nadzoru widzę pacjentkę, która nie przypominała kobiety sprzed zaledwie trzech godzin. Jej farbowane ciemne włosy były pozlepiane, koszulka przesiąknięta, na twarzy perlił się pot i oddychała ciężko, trzymając się kurczowo za barierki łóżka. Akcja serca na monitorze faktycznie wynosiła 140 uderzeń na minutę, a saturacji nie szczytywało, gdyż pulsak był założony na palec, a dłonie zaciśnięte na barierce były całe pobielale, jakby krew z nich odpłynęła. Oddychała szybko i nieregularnie, para z jej ust osadzała się i skraplała na masce z rezerwuarem.

– Ciśnienie, saturacja, dajcie pół litra soli i zmierzcie cukier – rzucam na głos i zabieram się do badania pacjentki. Nie musiałem nic więcej dodawać.

– Gdzie panią boli? – pytam kobiety, patrząc w jej wygiętą w grymasie bólu twarz. Na nosie widniała pokryta ziarniną rana po stosowaniu nieinwazyjnego respiratora, przez myśl mi przeszło, że to kolejna pacjentka, która się łamie po tym, jak wygraliśmy z niewydolnością oddechową. Czy naprawdę oszukujemy śmierć, a ona się o swoje upomina?

– Tu... – Wskazała ręką okolicę pęcherzyka.

Brzuch miękki, niebolesny, być może to pęcherzyk, jeśli tak, to wciąż z ujemnym Chełmońskim, no i bez objawów otrzewnowych.

– Od kiedy taka jest? – pytam.

– Nie wiem, z 10 minut, wcześniej sobie spała. Ciśnienie 70/50, saturacja ledwie 83% – oznajmia Grzesiek.

Kurwa mać... – tak, dokładnie to sobie pomyślałem w tej chwili i przysięgłbym, że usta pod maską bezgłośnie wypowiedziały to przekleństwo. Szybka akcja serca, spadek ciśnienia, spadek saturacji i pacjentka złana potem, błyskawicznie pogarszająca się. Mamy kolejny wstrząs. Pytanie tylko jaki?

– Julka, przyjdź na „siódemkę”, mamy wstrząs, weź USG i zawołaj jeszcze ze dwie pielęgniarki. – Zadzwoiłem do koleżanki, która przebywała w innej części oddziału.

– Załóżcie drugie wkłucie, najlepiej zielony w drugą rękę i podłączcie kolejny płyn. Szykujcie levonor 8/40, na razie musi polecieć na obwód – powiedziałem, rozkręcając maksymalnie zawór z tlenem.

Pacjentka była przerażona, kiedy nagle koło jej łóżka zaczęło kłębić się tyle osób. „Niemedyczni” często nie mają pojęcia, jak ich stan jest groźny, ale nawet oni wyczuwają, że kiedy uwija się przy nich kilku ludzi naraz, rzucając to co robili do tej pory – to jest źle. Ktoś zakuwa drugą rękę, żeby podłączyć kolejną kroplówkę, ktoś przygotowuje leki i płyny, ktoś inny właśnie przytargał aparat do EKG i smaruje zwilżonym wacikiem klatkę piersiową, aby przystawić do niej małe metalowe przyssawki potrzebne do wykonania zapisu czynności elektrycznej serca.

Wyszedłem na korytarz i zadzwoniłem do anestezjologa, nie miałem złudzeń, że pacjentka zaczyna umierać, ale nie wiedziałem jeszcze dlaczego. Rozmowa z doktorem Shotem była szybka i treściwa.

– Mam wstrząs, potrzebuję założenia centrali i pomocy w stabilizacji pacjentki. Nie wiem tylko, dlaczego jest wstrząsowa.

– Będę za 15–20 minut – odpowiedział anestezjolog.

Doktor Julia właśnie przyciągnęła ciężki aparat do USG na kółkach. Grzesiek kończył pobrania do zleconych na cito badań laboratoryjnych, pani Ula drukowała EKG, ja zaś już rozsmarowywałem żel po brzuchu pacjentki.

Pęcherzyk był w porządku, cienkościenny bez złogów, w brzuchu nie zauważyłem żadnego poszerzenia aorty czy patologicznego zbiornika płynów, w pęcherzu moją uwagę przykuł gęsty płyn mający swój poziom i jakby oddzielający się od moczu, wypełniający do połowy nieco rozdęty pęcherz moczowy. Pacjentka od paru dni nie była zacewnikowana i sama oddawała mocz. Krew? Skrwawiła się do pęcherza? Nie, raczej za mało na wstrząs krwotoczny.

– Cewnikujemy. Mocz też trzeba pobrać na posiew – zarządzam.

– Sto pięćdziesiąt na minutę, robi się niemiara, zaburzenia komorowe?
– informuje doktora Julia, patrząc na zapis na monitorze, który faktycznie wyglądał coraz gorzej, choć udało nam się podbić nieco ciśnienie i saturację. Zobacz na to, pokazała mi EKG, które przed chwilą dostała do oceny.

– LBBB (blok lewej odnogi pęczka Hisa). Nie wiemy tylko czy świeży, musimy zobaczyć stare EKG, jeśli było. Troponiny już pobrałem – powiedziałem. Gdyby to był świeży blok lewej odnogi pęczka Hisa, to byłoby to równoznaczne z rozpoznaniem STEMI, czyli zawału i to o złym rokowaniu.

– Patrz tu, pokazała palcem na odprowadzenia II, III i aVf, czy to uniesienia?

– 1,5 może 2 mm, ale tak... Cholera. Ściana dolna. Pasuje do bólu... – odpowiedziałem i wróciłem do USG. Nie robię ECHO i nie wiem, czy kiedykolwiek będę je robić, ale przyłożyć głowicę u szczupłej pacjentki zobrazować serce nie było trudno. Nie określiłbym, która to ściana, ale ewidentnie jedna z komór serca prawie się nie kurczyła... Nie ma tamponady⁹⁵.

– Spojrzeliśmy na siebie. No to mamy zawał i wstrząs kardiogeny. Ból brzucha i lokalizacja zmian w EKG odpowiadają ścianie dolnej serca. Tu nie ma typowego bólu w klatce, a trudny do umiejscowienia nieco rozlany ból brzucha, przez co często może być mylnie interpretowany jako coś, co dzieje się w obrębie jamy brzusznej.

– Doktorze, z tego pęcherza poleciał mocz z ropą. – Pielęgniarka pokazała „brudny” kolor moczu w worku. Czyżbyśmy mieli do tego urosepse?

Rano parametry zapalne były w normie i chora nie wymagała antybiotyków, a teraz wzrosły ponad dwudziestokrotnie. Po trzydziestu minutach od pobrania krwi dostałem telefon z laboratorium, mieliśmy już wynik troponin – zawałowych markerów, przekraczały 40-krotnie górną granicę normy. Pacjentkę trzeba było zabezpieczyć na podróż i znaleźć pracownię hemodynamiki, która weźmie niestabilnego pacjenta we wstrząsie kardiogenym i z dodatnim COVID-em. Ból nieco osłabł po morfinie, ale wciąż dawał się chorej we znaki.

Tym razem znalezienie kardiologii nie graniczyło z cudem i po dziesięciu minutach od wysłania zdjęć EKG dyżurnemu kardiologowi, po ponownej rozmowie po otrzymaniu wyniku troponin, w której zgodnie z prawdą powiedziałem, że pacjentkę trzeba będzie zaintubować do transportu, i że jest cholernie niestabilna, uzyskałem zielone światło na przetransportowanie jej. Mieliśmy szczęście, ten sam szpital, posiadał wolne miejsce na OIOM-ie COVID-owym.

– Doktorze, mamy miejsce na kardiologii do transportu – może być zaintubowana. Rozmawiałem też z doktorem z SOR-u, pojedzie z pacjentką

za pół godziny – odpowiedziałem, wwożąc respirator na salę.

Musiałem go skalibrować, kiedy...

– Łup... – Rozległ się głuchy odgłos, jakby coś upadło na podłogę i zaczął wyc alarm na sąsiedniej sali.

Wybiegliśmy z Julią i Grześkiem, zostawiając anestezjologa z pacjentką. Na podłodze siedział, a właściwie osuwał się z łóżka, mężczyzna, który jeszcze przed chwilą był na NIV-ie. Maskę była ściągnięta, a dźwięk, który słyszeliśmy, musiał wywołać przewracający się stojak na kroplówki. Pacjent był ledwie przytomny i szybko oddychał, pewnie próbował przełożyć nogi przez barierkę i wyjść z łóżka, zrywając maskę od nieinwazyjnego respiratora i przewracając stojak. Jego usta były sine, ale oddychał. Szybko nałożyliśmy mu maskę z powrotem od NIV-a i podnieśliśmy bezwładne ciało. Parędziesiąt sekund dłużej i mielibyśmy zatrzymanie w mechanizmie asfiksji. Saturacja skrajnie niska, początkowo rośnie szybko, by zwal...

– Kuuuurwaaaa... Grażyna, oddawaj moje bambosze! – Doleciało do nas z sali obok wraz z waleniem w barierki łóżka. Najwyraźniej huk upadającego stojaka rozbudził leżącego w półśnie alkoholika.

Podnosząca się saturacja zaczynała coraz bardziej zwalniać, by osiągnąć „wysoce niezadowolający” pułap. Nic więcej, poza podawaniem leków obniżających duszność i działających przeciwlękowo i przeciwbólowo nie mogliśmy zrobić. Ten pacjent był z rozsianym procesem nowotworowym, zdyskwalifikowany od intensywnej terapii i intubacji. Maksymalny poziom terapii, jaki mogliśmy mu zaoferować, osiągnęliśmy, tylko co dalej. Jak długo jeszcze wytrzyma, zanim przekroczy granicę? W tej chwili to już była terapia paliatywna, bez tej maszyny nie mógłby żyć nawet pięć minut, a z nią życie było niekończącą walką o oddech. Straszne, prawda?

Czy nachodzą mnie myśli, po co to wszystko, skoro i tak umrze? Czy nie lepiej, żeby cierpiał krócej? Zapewne każdy z nas ma dylematy moralne, to są rzeczy, które prześladują nas w trakcie bezsennych nocy i tkwią gdzieś głęboko. A przecież nie mogę decydować, kiedy będzie ten ostatni oddech. Nie mogę nie założyć maski z NIV-em skrajnie niewydolnemu oddechowo pacjentowi, który przed chwilą miał ją na twarzy. Mimo świadomości bezcelowości nie mogę skrócić w ten sposób jego istnienia. Nie mogę, pacjent musi sam dojść do tego ostatniego głośnego wydechu powietrza. Tego symbolicznego ostatniego obniżenia się klatki piersiowej, wraz z którym dusza opuści ciało. Naszą rolą u tych, którym nie możemy już

pomóc, jest zminimalizować cierpienie, strach i ból związany z tym przejściem, nie możemy jednak ingerować w „ilość” oddechów.

Nim zdołaliśmy wrócić do anestezjologa, załamała się oddechowo kolejna pacjentka. No jakby to był cholerny domek z kart i właśnie waliły się jego pietra. Zawsze wszystko dzieje się naraz. W jednej chwili pijesz łyk zimnej kawy w dyżurce, bo udało się skończyć wypełniać wszystkie papiery, a dwie minuty później jesteś jak na pieprzonym polu bitwy, pośród krzyku, niejednokrotnie krwi z wydartych w amoku wkluc i umierających ludzi. Wrzuciliśmy ją na NIV-a, maszynka odciążyla jej mięśnie oddechowe, a zwiększone ciśnienie czystego tlenu ponownie pokonało barierę krew-płuca, odżywiając niedotlenione skrajnie tkanki.

#

Pacjentkę zaintubowano i ustabilizowano na tyle, na ile to było możliwe we wstrząsie kardiogenym, w przebiegu masywnego zawału, niewydolności oddechowej i infekcji. Tymczasowo stabilną przekazaliśmy na kardiologię. To był któryś z kolei w mojej karierze rozpoznany zawał STEMI, ale chyba najgorszy wstrząs kardiogeny, jaki widziałem. Jest już w rękach innych specjalistów, tam pomimo koronarografii potwierdzającej niedokrwienie mięśnia sercowego i udrożnienia naczynia w ciągu doby chora umiera. Zgasła jej świeczka, wyczerpała daną jej liczbę oddechów. Ale o każdy jeden z nich zarówno my, jak i koledzy kardiolodzy zaciekle walczyliśmy. Po prostu przegraliśmy kolejną walkę – walkę o oddech.

⁸⁵ Lek rozrzedzający krew, pochodna kumaryny, antagonistą witaminy K, blokuje syntezę zależnych od witaminy K czynników krzepnięcia krwi, przez co wydłuża czas protrominowy. W praktyce klinicznej posługujemy się jego międzynarodowym współczynnikiem znormalizowanym, w skrócie tzw. INR.

⁸⁶ Prawidłowy wynik u osoby nieprzyjmującej leków to między 0,8–1,2; w zapobieganiu i leczeniu żylnych chorób zakrzepowo-zatorowych, migotaniu przedsionków i wadach zastawkowych to 2,0–3,0; po wszczępieniu sztucznych mechanicznych zastawek serca 2,5–3,5; powyżej 5 istnieje znaczne ryzyko krwawienia.

⁸⁷ Norma jest w przedziale 135–145 mmol/l.

[88](#) *Zaawansowane zabiegi resuscytacyjne*, wydanie na podstawie wytycznych ERC 2015, pod patronatem Polskiej Rady Resuscytacji.

[89](#) Radio ZET – Maciej Bąk, GIS idzie na wojnę z restauratorami? Kuriozalne wytyczne dla pracowników sanepidu. www.radiozet.pl

[90](#) Służba Ochrony Państwa.

[91](#) <https://twitter.com/KrystPawlowicz/status/1358380281502322689>, zachowano oryginalną pisownię.

[92](#) Angielska nazwa to „Final Destination”, nie był to film najwyższych lotów. W jego fabule ludzie, którzy na skutek wizji uniknęli śmierci w katastrofie, umierali w dziwnych wypadkach. Śmierć próbowała przywrócić zachwiany przez wizję porządek rzeczy.

[93](#) W mitologii greckiej boginie losu.

[94](#) Jedna z Mojr „Nieodwracalna” to ta, która przecinała nić żywota.

[95](#) Stan, w którym do worka osierdziowego przesącza płyn lub krew i powoduje zaburzenia rozkurczania serca, uciskając na pracujący mięsień.

#poniedziałek 1 marca

Przewodniczący Porozumienia Rezydentów, kolega lekarz Piotr Pisula, wystosował pismo do ministra zdrowia, w którym zwraca się z prośbą o wydanie decyzji odwołującej część ustną egzaminów specjalizacyjnych dla lekarzy. List ten motywuje ogłoszeniem III fali koronawirusa i wzrostem zachorowań powyżej 10 tysięcy dziennie. Pada seria konkretnych argumentów:

- Nie wszyscy lekarze są zaszczepieni, a poza tym szczepienie nie chroni w 100% przed zachorowaniem (choć drastycznie zmniejsza ryzyko ciężkiego przebiegu).
- Wartości zachorowań są porównywalne do jesieni i zdecydowanie większe w stosunku do wiosny 2020 roku.
- Egzamin ustny przeprowadzany jest najczęściej w oddziałach szpitalnych, często z udziałem pacjentów (część praktyczna), którzy sami zaszczepieni nie są.

I o ile powyższe argumenty są dla mnie raczej małego kalibru, to najbardziej przemawia do mnie jeden:

- Kilka tysięcy lekarzy podchodzących do PES będzie musiało poświęcić statystycznie 1,5 miesiąca ostrego przygotowania do egzaminu. W tym czasie zazwyczaj nie pracują, tylko uczą się, zresztą często z dala od rodziny. Tylko lekarze kujący do egzaminów lekarskich wiedzą, jak wielka jest objętość koniecznej do przyswojenia wiedzy. Ci ludzie w przypadku zwolnienia z egzaminów ustnych mogliby wrócić do pracy i zasilić kadrowo swoje oddziały lub oddziały COVID-owe i to w planowanym szczycie pandemii. To nie jest tak, że ktoś jest głąbem, a zdaje egzamin i nagle staje się specjalistą. To suma wiedzy i doświadczenia nabywanego przez lata w pracy.

Kuriozalne jest to, że ministerstwo się tak okupuje w opozycji do swoich rodaków, a jednocześnie próbuje ściągać lekarzy spoza UE, dając im na wejściu możliwość uznania tytułu specjalisty bez jakiegokolwiek weryfikacji kwalifikacji. Gruntownej oceny chociażby znajomości języka.

Nie pierwszy raz popisują się niewiedzą, jak wtedy kiedy mówili, że jak pozwolą rezydentom anestezjologii obsługiwać respiratory, to zwiększy się liczba lekarzy, którzy to robią. Zapomnieli wówczas, że rezydenci anestezjologii od dawna obsługują respiratory, bo tego wymaga ich praca.

Czekamy na odpowiedź ministra Niedzielskiego.

#środa 3 marca

Wciąż brak jakiegokolwiek odpowiedzi ze strony MZ w sprawie pisma dotyczącego egzaminów ustnych PES. Liczba stwierdzonych nowych zakażeń dziś wynosi 15 698, mamy również 309 zgonów.

#sobota 7 marca

To, że dyżur będzie ciężki mimo braku przyjęć, wiedziałem od początku. W piątek mieliśmy zajęte wszystkie 54 miejsca, więc z samego rana zgłosiłem koordynatorowi wojewódzkiemu i dyspozytorni brak miejsc. Miało to sprawić, że karetki z dodatkimi pacjentami nie będą jechać do nas, neurologia i zakaźny też były pełne. Ale zawsze może się zgłosić ktoś dodatni z miasta, wtedy zostają izolatki na SOR-ze, w oczekiwaniu na miejsce, które może się „zwolnić”.

Gdybym pisał raport w książce dyżurów, zapewne brzmiałby lakonicznie. „Dyżur ciężki, pracowity. Pan X zaintubowany, przekazany na OIT, pani Y zaintubowana przekazana na OIT, pani Z zgon o godzinie...”. Nie byłoby tam miejsca do opisanie, jak naprawdę wyglądał ten dzień, poza suchymi, jakże nieoddającymi całości sytuacji faktami. Nie byłoby tam też miejsca na historię małżeństwa, nazwijmy ich Kowalskich. Ale po kolei.

Zdaję sobie sprawę, że dziennik wraz z większą liczbą zgonów i niepowodzeń terapeutycznych staje się coraz większym obciążeniem dla czytelnika. Prawda jest taka, że poza tymi zgonami, reanimacjami i beznadziejnie pogarszającymi się pacjentami jest cała wielka grupa chorych, którym pomogliśmy. Jednak te historie nie są pasjonujące, one nie siedzą w głowie później i szybko ulatują z pamięci. Sukcesy i wyciąganie ludzi z niewydolności oddechowej na oddziale COVID-owym to część naszej pracy, rzadko które pamiętamy. W głowie zaś zostają porażki.

Nie tak dawno odnieśliśmy sukces wart wspomnienia. No może nie był jakiś spektakularny, ale pacjent miał predyspozycje, by podzielić los

naszych najcięższej chorych, a mimo to wyszedł, i to bez tlenu, do domu. Wążący na oko ponad 150 kilogramów romski pastor, trafił do nas, kiedy w domu nie mógł już oddychać. Dyszał ciężko niczym lokomotywa parowa, a jego usta przybierały ciemnosiny kolor, wypełnione krwią przenoszącą za mało tlenu. Był otyły, obciążony wieloma chorobami i wkrótce wylądował na sali intensywnego nadzoru, oddychając przy pomocy nieinwazyjnego respiratora. Za oknem sali, przez które wyglądał, stali członkowie jego rodziny i modlili się za niego. W myśl zasady pacjentom poprawia się powoli, a pogarsza szybko, każda informacja o tym, że się nie pogarsza była dobra. Jednak jego stan i konieczność stosowania wentylacji nieinwazyjnej sprowadzały się do dni, podczas których mógł jedynie starać się współpracować z maszyną. Z czasem udawało się stopniowo redukować parametry ustawionych ciśnień oraz procent mieszaniny tlenu z powietrzem. Kiedy udało się wreszcie na tyle zredukować ustawienia maszyny, że mógł powrócić do tlenoterapii biernej, powiedział, że swoje życie i każdy oddech zawierzył Bogu, i modli się z całą rodziną za swoje zdrowie, zdrowie lekarzy i wszystkich obecnych. Co ciekawe jego kolega na sali również zdrowiał, jako jeden z nielicznych, których udało się wyciągnąć zespołowi z OIT spod „rury”. Rozintubowany, z zaklejoną plastrem i szybko zarastającą dziurą po tracheostomii, mógł już mówić ochrypłym głosem. Powoli wracała mu sprawność i możliwość poruszania kończynami, tak długo niewykonującymi ruchu podczas śpiączki farmakologicznej. Razem pokazywali nam, że to, co robimy, ma sens.

Pastor zawierzył swoje życie Bogu, i Bogu dziękował za ratunek, choć śmiem twierdzić, że myśmy się też ku temu przyczynili, ale dziwne by było, gdyby osoba tak religijna nie uważała swojego wyzdrowienia za boską interwencję. Ja, choć daleko jest mi do wiary w nadnaturalne siły, uważam, że wiara, to był sukces w jego terapii. Rozmawiałem z nim, był nastawiony pozytywnie, swoje cierpienie i walkę z chorobą ofiarował Jezusowi. Nie panikował, nie zdierał maski, cierpliwie znosząc dni wentylacji i ból tworzącej się rany na nosie. Ci, którzy panikują i zdierają maskę, nie współpracując z nami, mają mniejsze szanse na powodzenie terapii. On zaś się temu ze stoickim spokojem oddawał w nasze ręce, zawierając życie Bogu. I to właśnie była jego przewaga, górująca nad racjonalnym ateistą, stłumiony lęk przed śmiercią i wiara w siłę wyższą. Dla mnie to, że wyszedł z tak beznadziejnego stanu, jest cudem medycyny,

choć moja racjonalność krzywi się na słowo „cud”. Podczas wypisu zapowiedział, że po skończonej rekonwalescencji odprawi osobiście mszę w intencji pacjentów i personelu.

#

Patrzyłem, jak pan Robert się dusi. Jest u nas już prawie trzy tygodnie, dostał wszystko, co mogliśmy mu dać: sterydy, osocze ozdrowieńców, remdesivir, tocilizumab i antybiotyki. Prawie dziesięć dni na NIV-ie i nie mamy już czym „kręcić”. Ma maksymalne ciśnienie, które może znieść świadomy człowiek i 100% tlenu. Na porannej wizycie saturacja wynosiła zaledwie 80%.

– Panie Robercie, zgadza się pan na intubację i podłączenie pod respirator? Przekażemy pana na oddziale OIT, będzie pan spał pod maszyną, a ta będzie za pana oddychać, dopóki płuca się nie poprawią.

– Albo i nie... – wydyszał. – Mogą się nie poprawić – dodał po chwili ciężko.

– Mogą – odpowiedziałem zgodnie z prawdą. – Ale bez tego pan umrze, a tak ma szansę.

– Dobrze... – odpowiedział zrezygnowany.

Jaka to musi być psychicznie nieznośna świadomość, że za parę minut przyjdzie lekarz i poda leki, po których zapadnie się w sen, a w zasadzie w czarną otchłań bez żadnych snów, z której nikt nie daje gwarancji wybudzenia. Ba, same szanse są małe, choć moim zdaniem to wciąż lepsze, niż udusić się świadomie.

Zadzwoiłem do doktora Bródki i umówiłem na intubację za dwadzieścia minut.

– Doktorze, przyszła rodzina pana Roberta. Czekają przed drzwiami szpitala – przekazała mi pielęgniarka tuż po rozmowie z anestezjologiem.

Wyszedłem przed szpital i zobaczyłem cztery młode kobiety, żonę oraz trzy córki. Wszystkie miały to samo spojrzenie, kiedy pytały o zdrowie męża i taty. Pan Robert był nieco młodszy od mojego ojca, więc z jego córkami byliśmy rówieśnikami. Ktoś powie, że miał choroby współistniejące, więc miał ciężki przebieg, ale to nie tak. Przerost prostaty, nadciśnienie na dwie tabletki czy cukrzyca na metforminie – to nie zabija człowieka. Ja też mam choroby współistniejące – astmę, a wcale do grobu

mi nie spieszno. To ten wirus zabiera im ojca, a nie choroby współistniejące.

– Jak on się czuje? Nie odbiera telefonów – zapytała żona pacjenta.

– Proszę państwa, jest źle, pan Robert nie daje rady już na wentylacji nieinwazyjnej. Musimy zaintubować go i podłączyć pod respirator. Przekażemy go też na oddział intensywnej terapii. Jestem umówiony z anestezjologiem za dwadzieścia minut. Wprowadzimy męża w śpiączkę farmakologiczną i maszyna będzie za niego oddychać.

– Jakie ma szanse?

– Trudno powiedzieć, to sprawa indywidualna, zależy od organizmu, choć w mojej ocenie rokowania są wysoce niekorzystne.

– Wyjdzie z tego? – zapytała żona.

– Nie wiem. Dostaje szansę. Nie robilibyśmy tego, gdybyśmy myśleli, że to bezcelowe – odparłem zgodnie z prawdą.

– A procentowo? – zapytała jedna z córek.

– Trudno powiedzieć. Dziesięć–piętnaście procent – strzeliłem, choć nienawidzę tego robić.

Z OIT-u na dziesięciu pacjentów ośmiu umiera, a dwóch jest przekazanych gdzieś indziej. Ilu z nich ma sprawną głowę po tym wszystkim, trudno powiedzieć, ale tego nie mógłbym przekazać rodzinie.

Patrzyłem na te cztery kobiety, dla których osoba leżąca zaledwie parędziesiąt metrów dalej jest pewnie najważniejsza na świecie, a teraz dowiadują się, że prawdopodobnie umrze, a te dwadzieścia minut to ostatnie jego świadome minuty na tym świecie. Ja w takim wypadku chciałbym się z tatą czy żoną pożegnać, za słaby jest na rozmowę przez telefon...

– Czy któraś z pań chorowała na COVID?

– Ja, byłem z mężem na kwarantannie – odpowiedziała najstarsza kobieta, a córki przecząco pokręciły głowami.

– Mamy piętnaście, może dwadzieścia minut do przyścia anestezjologa. Pan jest w stanie bardzo ciężkim i ma trudności z mówieniem, ale jest przytomny. Wszystko rozumie. Mogę jedną osobę ubrać w kombinezon, żeby weszła i z nim porozmawiała przed intubacją.

Kobiety popatrzy na siebie i córki jednogłośnie powiedziały: „Mamo idź!”.

Pani dostała kombinezon, ochraniacze na buty, gogle, maskę FFP3 i dwie pary rękawiczek. Początkowo pacjent nie poznał małżonki, ale kiedy

powiedziała: „Robert, to ja Irenka”, to łzy napłynęły mu do oczu. Trzymała go za rękę i gładziła po włosach, dużo mówiła, że będzie dobrze, że jest silny i da radę. Mówiła o tym, jak go kochają i jak dziewczynki się o niego martwią.

Saturacja na monitorze mimo maksymalnych ustawień NIV-a wahała się między 78 a 83%. Najwyższy czas...

Patrzyli sobie w oczy i rozmawiali, na tyle na ile mogli. W tle całej sceny pożegnania przyciągnęliśmy wózek reanimacyjny z naszykowanymi przez pielęgniarki lekami do intubacji, pompami do infuzji leków „na spanie” i tymi utrzymującymi ciśnienie krwi, laryngoskopem, AMBU i zestawem do wkłucia centralnego. W rogu sali stał skalibrowany respirator i lifepack, tak na wszelki wypadek. Krzataliśmy się niczym statyści, ustawiający różne elementy na teatralnej scenie w finalnym akcie dramatu. Współczesny „Romeo i Julia” w dobie pandemii. Przyszedł doktor Bródka i zapytał ponownie, czy pacjent zgadza się na intubację. Zgadzał się.

– Masz chwilę? – zapytałem, wskazując głową korytarz.

Wyszliśmy.

– Tak? – zainteresował się kolega.

– Śpieszysz się, czy możemy poczekać?

– No skończyłem zabiegi, a co?

– Dajmy im dziesięć minut. To jego żona, wprowadziłem ją w kombinezonie, żeby się pożegnała.

– Jasne. Myślałem, że to jakaś pielęgniarka. Dziesięć minut nas nie zbawi, a to może być ich ostatnia rozmowa.

Gadaliśmy luźno na korytarzu, a ja zerkiałem co jakiś czas w kierunku monitora na saturację. Ta przestała przekraczać 80% zapewne od wysiłku wkładanego w mówienie pojedynczych słów.

– Pani Ireno, panie Robercie, już czas – powiedziałem po kilku minutach.

– Odprowadzę panią, pomogę zdjąć kombinezon i zdezynfekować, a doktor anestezjolog zajmie się pani mężem. Dzisiaj też będzie przewieziony na OIT, także będą mogli państwo zabrać większość jego rzeczy.

– Dziękuję – powiedziała żona pacjenta. Dopiero po ściągnięciu kombinezonu i wyjściu do córek w jej oczach pojawiły się łzy.

– Mamo? Jak tato?

– Jest silny... Da radę... – odpowiedziała.

#

Wróciłem z powrotem na salę do anestezjologa, właśnie kończył intubację i podłączał chorego do przygotowanego wcześniej respiratora. Na podłodze pod ścianą stał oparty obraz. Podniosłem go i zawiesiłem z powrotem na ścianie. W każdej sali naprzeciw łóżka wiszą piękne obrazy lub zdjęcia, które przełamują ten sterylny szpitalny krajobraz. Tu na obrazie na tle stoku przepięknych Tatr wypasały się górskie kozice. Autor zdjęcia na zbliżeniu uchwycił wzrok jednej z kozic wpatrzony w obiektyw. Obraz ten sam w sobie, będący pięknym górskim pejzażem, napawał pana Roberta niepokojem. Parę dni wcześniej prosił, aby go zdjąć, co zrobiliśmy, bo nie chciał, aby te kozy patrzyły na niego. Zastanawiam się, jak niedotleniony umysł, pozbawiony nowych bodźców, z dystraktorami w postaci kakofonii dźwięków wydawanych przez monitory i urządzenia wentylujące, postrzega w irracjonalny sposób takie rzeczy. Żaden z pacjentów dotychczas się na obrazy nie skarżył, ale rozumiem – sam wciąż pamiętam sen ze słonecznikami.

Obraz znów wisi na ścianie. Mężczyzna już śpi i za chwilę jedzie na OIT, nie będzie mu już przeszkadzać.

#

Trzy dni później pan Robert umarł na Oddziale Intensywnej Terapii.

#

W jednym z ostatnich pokoi, na które zawołały nas pielęgniarki jeszcze przed skończeniem połowy obchodu, leżała nowa pacjentka. Nie znaliśmy jej, nie prowadziliśmy jej do tej pory, a informacje o niej w raporcie były zdawkowe. Wiedzieliśmy, że została przyjęta dzień lub dwa wcześniej. No i w zasadzie miała być w dobrym stanie. Nie była.

Przestraszona i zduszona pacjentka gasła w oczach. Nad jej płucami patologiczne fenomeny osłuchowe zalewały nasze uszy niekończącą się kaskadą masywnych trzeszczeń. Wymagała pilnej interwencji, więc trafiła na salę intensywnego nadzoru, gdzie została podłączona do NIV-a. Patrząc na pogarszający się stan chorej obawiałem się, że mamy do czynienia z rozwiniętą burzą cytokinową. Niestety jedyny lek, który mógł to

przerwać, tocilizumab, nie mógł być podany. Nie spełniała jego wyśrubowanych kryteriów włączenia. Ktoś pomyśli, skoro mógłby pomóc, to, czemu nie olać kryteriów? To nie witaminka czy tabletki przeciwbólowa, a kryteria służą dobru pacjenta. Nieodpowiednie podanie leku mogłoby pogorszyć stan pacjentki, doprowadzając do sepsy lub zapalenia wątroby. Byłby to też błąd w sztuce.

Zrobiliśmy więc serię badań, żeby sprawdzić, czy czegoś nie przeoczyliśmy. Liczyłem, że coś znajdziemy albo że po włączeniu wentylacji nieinwazyjnej stan kobiety się nieco ustabilizuje. Wciąż oczekiwała na osocze. Wentylację tolerowała dość dobrze, przynajmniej na razie.

#

Odprowadziliśmy w ostatnią drogę naszą starszą pacjentkę. Prawie 90 lat, rozległy udar i niewydolność oddechowa w przebiegu COVID-a. Może to zabrzmieć niewłaściwie dla ludzi niestykających się z tym, ale śmierć była dla niej wybawieniem od dalszego cierpienia.

#

Właśnie wróciłem z OIOM-u, gdzie przetransportowałem zaintubowanego pacjenta. Niby to niewielki odcinek, raptem 150 metrów przejażdżki po wciąż dziurawej i trzęsącej drodze karetką, ale zabezpieczam pacjenta pod respiratorem. To wszystko zajmuje czas, mija piętnasta, a ja nawet nie przebrnąłem przez połowę kart zleceń dzisiejszych pacjentów.

Pacjentce na NIV-ie się pogarsza, mniej więcej co 30–60 minut musimy modyfikować ustawienia na coraz wyższe. W tym tempie za trzy godziny będzie „na rurze”. Piorunująca wersja COVID-a wywołana burzą cytokinową, nie możemy tego zatrzymać. Dwie godziny później jasne jest, że dalsze czekanie nie ma sensu, wzywamy anestezjologa. Przez kolejne 30 minut chora osiąga maksymalne nastawy urządzenia i nie utrzymuje saturacji. Kobieta nie jest w stanie rozmawiać, łapczywie łapie oddechy. Anestezjolog intubuje ją i zabiera na ostatnie wolne miejsce na oddziale intensywnej terapii.

Pamiętam zaledwie kilku pacjentów o tak przebiegającym piorunującym przebiegu COVID-a. Ostatnia taka pacjentka była na oddziale w Lwiej Górze

na początku tego roku. Jej historia skończyła się dobrze, tzn. względnie dobrze, udało jej się wyjść spod respiratora, umysł ocalał, choć miała niedowładny kończyn spowodowane pobytem w OIT. Czekają ją długa rehabilitacja i niestety prawdopodobnie inwalidztwo, tak zniszczonych płuc nie da się całkowicie wyleczyć. Jeśli będzie miała szczęście, przy siedzącym trybie życia, nie będzie stale wymagać tlenu.

Niespodziewany telefon ze szpitala rzadko zwiastuje dobrą informację dla rodziny. Owszem, gdy chory się nieźle czuje i wiemy, że zdrowieje, to może dzwonić z wiadomością o tym, kiedy będzie wypisany. Ale nocne czy popołudniowe telefony zazwyczaj wywołują strach i niepewność o los bliskich. Zadzwońnię do córki chorej i po przedstawieniu się i informacji, skąd dzwonię, szybko powiedziałem:

– Spokojnie, żyje.

– Dzięki Bogu... – odpowiedziało mi westchnienie z drugiej strony.

– Stan mamy gwałtownie się pogorszył, rozwinęła ostrą niewydolność oddechową w przebiegu COVID-19 i pomimo naszego leczenia wymagała intubacji i podłączenia pod respirator. W tym momencie jest przewożona na oddział intensywnej terapii...

– To się nie dzieje naprawdę... – Po drugiej stronie rozległ się szloch. Nie spodziewałem się aż tak gwałtownej reakcji, mimo że informacje dobre nie były...

– Właśnie karetka zabrała tatę do szpitala... Też się dusił... – powiedziała kobieta łamiącym się głosem.

To dramat epidemii – często dotyka całe rodziny, w przeciwieństwie do chorób niezakaźnych, które statystycznie nie pogarszają stanu zdrowia wszystkich członków rodziny w tym samym czasie. Przypomniały mi się stare nagrobki na cmentarzu parafialnym niewielkiego wiejskiego kościółka, niektóre zawierały imiona i nazwiska całych rodzin, a odstęp między datami zgonu wynosił zaledwie kilka dni... Zarazy... Kiedyś dziesiątkowały ludzi, dziś tak nam obce, dzięki obecności szczepionek.

– Po informacji o stanie zdrowia proszę dzwonić jutro na oddział intensywnej terapii – powiedziałem, podając numer do gabinetu lekarskiego.

Wracając do rodzin, mieliśmy na oddziale małżeństwo, państwa Kowalskich. Ona 90% zajętych płuc, on 80%...

Słynny film „Szeregowiec Ryan” opowiada historię, w której oddział żołnierzy próbuje dotrzeć do tytułowego bohatera, żeby sprowadzić go do

domu, jako że tylko on ocalał z czwórki braci. Film zawiera wiele scen batalistycznych i jest poniekąd oparty na faktach, choć te były mniej dramatyczne niż w scenariuszu Stevena Spielberga. To jednak, co jest filarem fabuły, to próba ocalenia rodziny przed utratą wszystkich synów w wojnie. My zaś z całego serca nie chcieliśmy, żeby dzieci utraciły obydwój rodziców jednocześnie. A przy tym należy pamiętać o więzi tych dwojga kochających się osób i ich wzajemnym lęku o siebie. Oboje mieli złe rokowania, choć pan Kowalski był w nieco lepszym stanie. Na tyle że zaproponowałem mu przejażdżkę z butlą tlenową do żony. Po wieczornej wizycie podjechałem z wózkiem inwalidzkim i z dużo większą niż standardowa transportówka butlą tlenową. Z pomocą pielęgniarki posadziłem mężczyznę na wózku i ruszyliśmy na salę do jego żony. Oboje wciąż byli w maskach z rezerwuarem, które podawały dużą ilość tlenu. U pani Kowalskiej reduktor tlenu rozkręcony był maksymalnie, podając o wiele więcej niż zakładane 15 litrów na minutę, u pana Kowalskiego wciąż było to 15–20 litrów. Zablokowałem wózek przy łóżku pacjentki. Teraz mogli trzymać się za ręce i rozmawiać.

– Panie Kowalski, ta butla wystarczy na godzinę, może półtorej. Niech pan wezwie pielęgniarkę tym przyciskiem... – powiedziałem, podając mężczyźnie kabel zakończony włącznikiem wezwania. – Jak będzie pan chciał wracać na salę bądź wskaźnik na butli będzie w tym miejscu, pokazałem koniec żółtego i początek czerwonego pola na manometrze. Proszę nie wstawać, w żadnym wypadku, nie wstawać z wózka – powtórzyłem dla pewności.

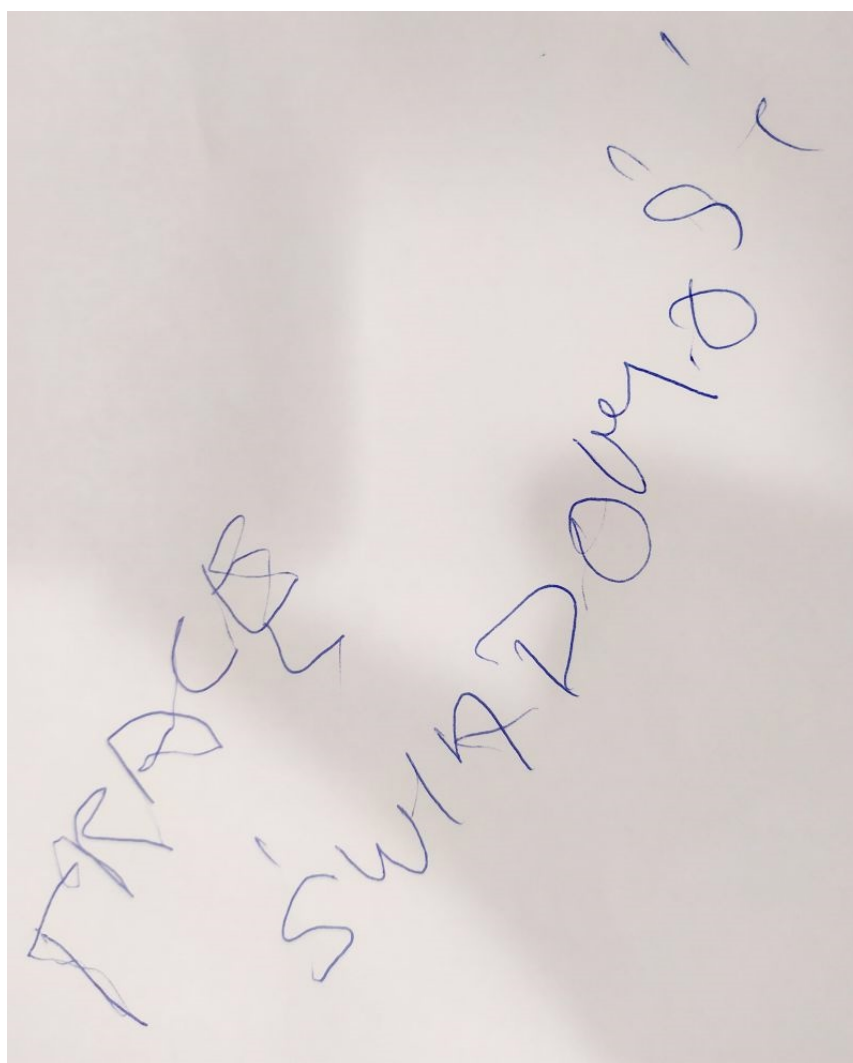
Pielęgniarka, która pomogła mi przetransportować pana Kowalskiego, będzie zaglądać co parę minut na salę, czy wszystko jest w porządku.

– Dziękuję, to wiele dla mnie znaczy. Nie rozmawialiśmy już parę dni – odpowiedział później już na swojej sali pan Kowalski.

– Nie ma problemu, na następnym moim dyżurze znowu pana do żony zawiozę – poinformowałem z uśmiechem, choć w środku czułem dojmujący smutek.

Mimo dobrych chęci to była ostatnia rozmowa pana Kowalskiego z żoną. Stan kobiety się pogorszył tak, że następnego dnia podłączono ją do respiratora nieinwazyjnego, a dwa dni później zaintubowano i przekazano na OIT. Pan Kowalski również wymagał dużej ilości tlenu i ze względu na spadki saturacji przy zmianie pozycji nie mógł odwiedzić małżonki. Przez kilka dni walczyli, ona nieświadomie zaintubowana, on świadomie, znosząc

męki wentylacji nieinwazyjnej. W końcu rano po moim dyżurze 17 marca, mimo że utrzymywał saturację, jego ciało dochodziło do granic możliwości. Nie mógł mówić, jego słaby głos niknął tłumiony przez maskę i włączane mechanicznie do płuc powietrze. Zaczął powoli litera po literze pisać coś na kawałku ręcznika papierowego. Złapałem go za rękę, bo litery się rwały i powiedziałem, żeby poczekał. Przyniosłem mu kartkę i dobrze piszący długopis. Drażącą ręką napisał drukowanymi literami tylko dwa słowa: „TRACĘ ŚWIADOMOŚĆ”. Chwilę później na odprawie podjęliśmy decyzję o jego intubacji, nie da już rady dalej pod NIV-em, jeśli tego nie zrobimy zatrzyma się i umrze.



Ostatnie świadome słowa, napisane przez chorego.
Fot. kolekcja własna

Odprawę przerwał telefon od szefa OIOM-u.

– Macie kogoś do przekazania? – zapytał naszego Padrino.

– Mamy jednego od kilku dni „na rurze”, a za chwilę będziemy mieć drugiego. A kto się wypisał? – zapytał szef.

– Kowalska...

– Właśnie za chwilę będziemy intubować jej męża.

Pomyślałem, że nam się nie udało i ktoś niedługo straci oboje rodziców. Patrząc na stan pana Kowalskiego, nie wierzyłem, że pobyt w OIT coś mu da, poza wyrwaniem z ram świadomości, w uldze niesionej śpiączką farmakologiczną, przerywającej cierpienia ostatnich chwil życia w skrajnej niewydolności oddechowej.

– Zaintubujemy go, zanim dowie się o śmierci żony, nie będziemy go dodatkowo traumatyzować – zdecydował szef.

Pan Kowalski umarł osiem dni po swojej żonie. Rozmowa, na którą zawiozłem go na wózku, była ich ostatnią. Życie właśnie takie jest, że nigdy nie wiemy, kiedy to, co robimy, robimy ostatni raz w życiu. Ostatnia lampka wina, ostatni zachód słońca, ostatni pocałunek, ostatni wyjazd nad morze czy wreszcie ostatnia rozmowa z ukochaną. Byli wierzący, być może właśnie są szczęśliwi po drugiej stronie i prowadzą kolejną rozmowę wolni od więzienia cielesności.

#sobota 13 marca

Zrobiłem błąd. Za bardzo zaprzyjaźniłem się z pacjentem. Pan Zygmunt był krzepkim 70-latką w całkiem dobrej formie. Prowadziłem go przez kilka dni, kiedy był w całkiem niezłym stanie. Nie wymagał za dużo tlenu, a poranne wizyty, poza badaniem fizykalnym przedłużaliśmy o chwile rozmowy. Z natury jestem gadułą i lubię rozmawiać z moimi pacjentami. Uważam, że nawet krótka pogawędka pomaga w zbudowaniu relacji pacjent–lekarz. Kiedy kogoś polubi się za bardzo, w razie komplikacji pewne rzeczy bardziej wpływają na psychikę.

Poznałem historię pana Zygmunta. Wiedziałem to, jak i gdzie się zaraził. Przeszedł operację guza jelita. Na sali pooperacyjnej leżał z chorym, u którego wykryto zakażenie koronawirusem. Miał pecha jak większość tych, którzy do mnie trafiają. Nie miał pretensji do szpitala czy lekarza, przeciwnie wypowiadał się z dużą wdzięcznością o chirurgu, który swoją dociekliwością doprowadził do rozpoznania.

– Wie pan, panie doktorze, miałem tego polipa i on mi go usunął, ale to mu nie dawało spokoju. Polip wyszedł czysty, ale on drążył i drążył i jeszcze dwa razy miałem robioną kolonoskopię i pobierane wycinki z blizny. Dopiero za drugim razem znaleziono komórki nowotworowe. I mnie szybciotko zoperował, mówi, że wszystko wycięte ładnie i to wczesny guz, więc nie powinno nigdzie dać przerzutów. Uratował mi życie i zostanie mi tylko ta sznyta na ciele. – Pokazał, wskazując na długi rząd metalowych zszywek wystających ze świeżo zagojonej rany. Tak mówił w czasie pierwszej rozmowy, później rana się wygoiła, a zszywki od staplera zostały usunięte, wymagał tylko tlenu na wąsy, a w pierwotnej tomografii płuca były praktycznie wolne od wirusa. Żartowaliśmy sobie, opowiadał mi o swojej żonie, która tak się o niego martwiła. Przyznałem się panu Zygmuntowi, że napisałem książkę o pierwszej fali pandemii.

– Jak tylko wrócę do domu, to z chęcią przeczytam – powiedział, zapisując tytuł w arkuszu krzyżówek, które rozwiązywał.

A potem... Kilka dni później pan Zygmunt zaczął mocno gorączkować, włączono antybiotyki z powodu narastających parametrów zapalnych i wykonano kontrolną tomografię klatki piersiowej i jamy brzusznej oraz miednicy. W klatce pojawiło się około 30% rozsianych zmian o charakterze COVID, brzuch mimo świeżego zabiegu operacyjnego nie skrywał nic, co mogłoby stać za jego stanem. Szczerze mówiąc, liczyłem na jakiś ropień, coś co można odbarczyć i zniwelować, a nie na rozkwit COVID-a. Nie chciałem, żeby pan Zygmunt był kolejną postacią w mojej książce. Miałem nadzieję, że jego przebieg choroby będzie tak lekki i nieinteresujący, że bez żadnej wzmianki w książce wypiszę go do domu.

George R.R. Martin z lubością i sadyzmem uśmierca bohaterów swoich fantastycznych książek, u mnie oni umierają, bo tak chciało życie. Jednak mam wrażenie, że każda z opisanych osób, które wspominam, jest poniekąd dzięki dziennikowi niezapomniana...

Rano w trakcie obchodu pan Zygmunt wyglądał źle, zlany potem, gorączka do 40 stopni, spadki saturacji. Wraz z gorączką drastycznie rośnie zapotrzebowanie na tlen. Już nie wymaga czterech litrów na minutę, a ponad piętnaście. Ze względnie spokojnej strefy B przenosimy go z doktor Magdą na salę reanimacyjną. Oboje jesteśmy zdania, że COVID jest nadkażony infekcją bakteryjną i pacjent robi się septyczny. Od kilku godzin dostaje trzy antybiotyki z górnej półki, obejmujące całe spektrum mikroorganizmów. Czekamy, aż zadziałają, na razie jest to podanie oparte

na doświadczeniu. Pierwsze wyniki posiewów: krwi, moczu, płwociny i końcówki wyjętego wkłucia obwodowego, będą dostępne najszybciej za 24–48 godzin, a pełen wynik za 4–5 dni. COVID? Sepsa i COVID? Czy tylko sepsa? Najbardziej prawdopodobna wydaje się ta druga opcja. A jeśli tak, to musi być jakaś złośliwa oporna na antybiotyki bakteria, typowa dla oddziałów OIT-owych i płucnych, w powietrzu na pewno lata pełno tego syfu.

Doktor Magda właśnie przyjmowała nową pacjentkę, kiedy do dyżurki lekarskiej wbiegła pielęgniarka.

– Pan Zygmunt ma 230 akcji serca... – wypowiedziała szybko.

– Lecę – powiedziałem i zerwałem się na równe nogi.

Na sali monitor faktycznie pokazywał 230/240 uderzeń serca na minutę, saturacja spadała i nie był to artefakt ze źle przypiętych elektrod. Na ciemnym ekranie zieloną linią rysowały się bardzo gęsto wąskie zespoły QRS. Częstoskurcz nadkomorowy. Ja też mam częstoskurcz, ale ze stresu. W teorii wiem, co robić, ale nie robiłem tego jeszcze nigdy. Raz widziałem i miałem teorię na kursie ALS w Krakowie. Skóra pacjenta zaczęła robić się marmurkowa, serce kurczyło się tak szybko, że nie nadążało z napełnianiem komór, stąd generowany rzut był słaby.

Pobiegłem po lifepacka i przywlokłem go wraz z wózkiem do reanimacji. Jeśli leki nie zadziałają, konieczna może być kardiowersja.

Do sali dotarła doktor Magda, moja bardziej doświadczona koleżanka.

– Częstoskurcz nadkomorowy – stwierdziła. – Musimy podać adenozyne, 6 mg w bardzo szybkim wstrzyknięciu i natychmiast popchnąć 20 ml soli – powiedziała do pielęgniarki. – Panie Zygmuncie – zwróciła się do pacjenta. – Pana serduszko strasznie szybko bije, pewnie pan czuje, jak szaleje. Musimy je trochę uspokoić, podamy taki lek, który może pomóc. Po podaniu leku wystąpi takie nieprzyjemne uczucie, jakby serduszko miało się zatrzymać, ale za chwilę ono ruszy z powrotem. Niech się pan nie boi...

Chory pokiwał głową, najwyraźniej nie był w stanie wydusić słowa, łapał też łapczywie powietrze. Saturacja spadła do 73%.

– Podajemy – zarządziła Magda i obydwójce utkwiliśmy wzrok w monitorze.

Zielone cyferki dalej pokazywały 230–240 uderzeń na minutę. Nic się nie stało... Serce nadal bije szybko, jakby pędziło cwałem do jakiejś mety.

– Kolejne 6 mg w szybkim bolusie i przepłukujemy solą – zakomenderowała Magda. – Może być takie nieprzyjemne uczucie, ale jeśli

będzie, to tak ma być – ostrzegła pacjenta.

Patrzymy w monitor, znowu nic.

– Może zadzwonię po anestezjologa, do kardiowersji? – zapytał koleżankę. To ona jest starszym dyżurnym, choć ma młodszy pesel, jest bardziej doświadczona zawodowo.

– Nie, jeszcze nie, kolejna próba. Wtedy będziemy się martwić, mamy jeszcze amiodaron w razie czego.

– Proszę podać 12 mg adenozyiny w szybkim bolusie i przepłukać szybko solą. To ma być taki strzał – powiedziała, strzelając palcami. – Proszę pana, może wystąpić takie niep... – ostrzegła pacjenta, ale ten złapał się za klatkę piersiową i zacharczał.

Na ekranie pojawiła się na moment płaska linia, a potem powrócił należyty choć wciąż szybki rytm serca 110–120/minutę. Serce chorego na krótką chwilę się zatrzymało, przerywając nakręcającą się falę wyładowań, która powodowała ten częstoskurcz nadkomorowy.

– O Jezu... – wysapał, wciąż trzymając się za klatę.

Udało się przerwać napad częstoskurczu, bez kardiowersji elektrycznej pacjenta. Po chwili saturacja zaczęła się podnosić do poziomu powyżej 90%, a siność marmurkowata coraz bardziej bladła, zlewając się z naturalnym kolorem skóry.

Już później w dyżurce dalej prowadziliśmy rozmowę o pacjencie.

– Dobrze, że się udało przerwać napad. Już myślałem, że będziemy musieli go „grilować”...

– Trochę spanikowałeś, co? – zagadnęła Magda z uśmiechem.

– Ha, trochę tak... Wiedziałem, że mamy podać adenozyinę z kursu, ale nigdy tego nie robiłem. Ty za to ze stoickim spokojem go informowałeś, że serce mu na chwilę „jakby” stanie.

– Ja w sumie też pierwszy raz sama dawałam adenozyinę. Ale widziałam, jak szef to robił i on też ostrzegał. Lepiej ostrzec... Poza tym co się mogło stać, mamy wytyczne, co robić, jak jedno nie zadziała, to drugie, a jak nic nie zadziała, to przecież umiemy reanimować – powiedziała racjonalnie.

– No tylko ja bardzo bym nie chciał go reanimować, polubiłem go – westchnąłem.

– No oby nie, zobaczymy. Dzisiaj się raczej nie zatrzyma – odpowiedziała doktor Magda.

– Swoją drogą, chyba żadne słowa nie oddają tego, co się dzieje po podaniu adenozyiny. To uczucie musiało być koszmarne.

- Ale przynajmniej wiedział, że coś się może takiego stać. Może choć trochę go to przygotowało...
- Wątpię, żeby dało się do tego przygotować – stwierdziłem.
- Pewnie masz rację – przyznała koleżanka.

#

- Niezła akcja, co doktor? – powiedział jeden z ratowników obecny przy podawaniu adenozyiny.
- Aj weź, nienawidzę tych zaburzeń rytmu – odpowiedziałem zgodnie z prawdą. – Sam mam teraz taką adrenalinę, że mi kawa nie jest potrzebna.
- Kojarzysz, doktor, tych dwóch braci ratowników, co mają u nas dyżury?
- No pewnie, jeden z nich opowiadał, jak dzieciaka z okna wyciągnął.
- No to oni też mieli ostatnio niezłą akcję. Pojechali do wezwania do porodu, 33. tydzień, babka zupełnie się nie spodziewała. Facet w delegacji, nie ma czym jechać, a zaczęła rodzić. No więc cyk, w karetkę i na pierwszą lepszą ginekologię. Proste prawda?
- Że też musiała karetkę wzywać. Przecież do porodu mógł ją zawieść ktokolwiek.
- No niby tak, ale nie miała jak, zresztą to nie o tym historia. Każdy pacjent, którego gdzieś wiesz, musi mieć zrobiony antygen w karetce.
- Ha, mówisz, że...
- Tak, dodatnia. Bez żadnych objawów. No poza tym, że właśnie rodzi wcześniaka.
- Masakra... I pewnie był problem z ginekologiami?
- A jakżeby inaczej. Stanęli w karetce i dzwonią. Wszędzie odmowy, a wiesz, jak to się gada w kombinezonach przez głośnomówiący. Tu odmowa, tam odmowa, w kolejnym odmowa... A dziewczyna rodzi, boli ją, jak cholera, normalna kobieta, nie jakaś patologia... I nagle słyszą: „Kurwaaa mać...” – ni to krzyk, ni to jęk z krtani kobiety. „Co się stało? Skurcze parte? Rodzi pani?” – dopytuje ratownik. „Nie kurwa, jakbym wiedziała, że nigdzie mnie nie chcą, to bym została w domu. Matka by poród odebrała... – I znowu stęka z bólu, ale widać, że jest wkurwiona. „Nie dziwię się. Żeby dotrzeć do piękna macierzyństwa, trzeba przejść przez piekło porodu. Każda kobieta powinna rodzić w komfortowych warunkach, a nie w stresie”. No wiadomo, Tomek rozwija zestaw narzędzi,

chusty, opatrunki, jakby co, to przyjmujemy w karetce. Choć wcale nie ma na to ochoty...

– Nie zazdrozczę...

– Słuchaj dalej. W końcu jest decyzja, żeby jechać do miasta wojewódzkiego, na ginekologię. 150 kilometrów i to początkowy odcinek wiejskimi pipidówami. Więc chłopaki pytają się, czy wyślą im „N”, jak wcześniak ma się urodzić po drodze, to w razie czego dadzą im dzieciaka pod opiekę. Bo ona może urodzić w każdej chwili, a będą za minimum 2 godziny.

– I co usłyszeli? – dopytuję.

– Ale jak „N-kę”? A jak dziecko będzie zakażone? Nie mogą przecież zakazić „N-ki”... Jak to potem odkazić – usłyszeli.

– Że co kurwa? Tak samo jak każdą inną karetkę – nie wytrzymałem.

– No, to samo odpowiedzieli... A dyspozytor na to: „Zdążycie chłopaki, zdążycie... I się rozłączył...”.

Myślałem, że nic mnie nie zaskoczy. Ale pewne granice absurdu zostały po raz kolejny przesunięte... I tu ktoś narażał życie matki i wcześniaka.

Zdążyli, choć było blisko. Na podjeździe do docelowego szpitala było już pełne rozwarcie.

#

Pan Zygmunt się ustabilizował i nic już się z nim do rana nie działo. Nie była to jednak spokojna noc. Trzy sale dalej pacjent z Ukrainy zaczął szaleć. Był niespokojny, zrywał tlen, niedotleniony ze spadkami saturacji. Jakże to musiało być dla niego straszne. Być ciężko chorym za granicą, tam gdzie ludzie nie rozumieją jego języka. Otoczony przez prawie anonimowy personel w różnych kombinezonach i dusząc się.

– *Ya pomru tut...* – jęczał chory. – *Ya hochu povernutysya v Ukrayinu. Ya pryyshev syudy na robotu.*

– Nie może pan wrócić na Ukrainę – odpowiedziałem. – Zna ktoś rosyjski albo ukraiński? Vitali? – zapytałem pielęgniarek.

– Nie ma dzisiaj, ja się trochę uczyłam w szkole – przyznała się pani Ula.

– Proszę mu powiedzieć, że nie może wracać, jest za bardzo chory, potrzebuje dużo tlenu – poprosiłem.

– *Ya pryyshev na robotu. Ya bil'she ne khochu pratsyuvaty. Vona prosto khoche povernutysya do svoeyi dochky.*

– *Dochky?* – zapytałem, zrozumiałem, że mówi coś o pracy, ale nie rozumiałem dalszego sensu zdania.

– *Dievushka, pratsyuye dlya neyi.*

– Mówi, że przyjechał tu do pracy, żeby pomóc córce. Nie chce już pracować, chce wrócić do domu, bo tu umrze – streściła przerywanie wypowiedzi chorego pani Ula.

Mężczyzna dalej niespokojny, ściągał maskę z tlenem. Jeszcze dwa dni temu miał NIV, udało się go z tej wentylacji ściągnąć, ale obecnie znowu niebezpiecznie desaturował, do tego starał się wstawać z łóżka i ściągał tlen.

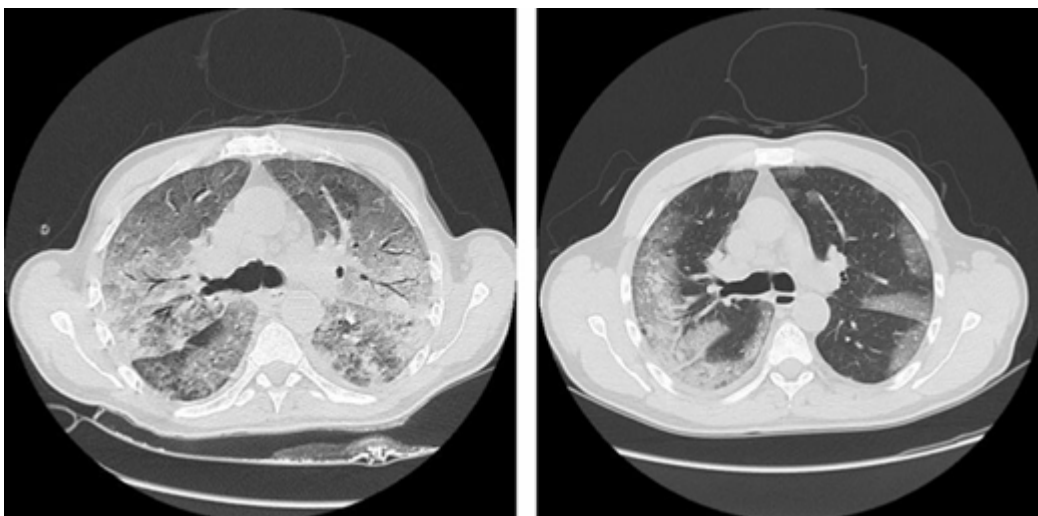
– Bez tlenu ty pomru. Maską z tlenem musi być na twarzy – wzbiłem się na wyżyny moich zdolności lingwistycznych. Na szczęście pani Ula szybko powiedziała poprawnie.

– *Bez kysnyu ty pomresh. Maska povynna buty na oblychchi. Vy povynni lezhaty v lizhku.*

– Musimy założyć znowu NIV i trochę uspokoić.

– *Ya tut pomru... Ya tut pomru...* – powtarzał przerażony mężczyzna, a mnie to zdanie długo odbijało się w głowie.

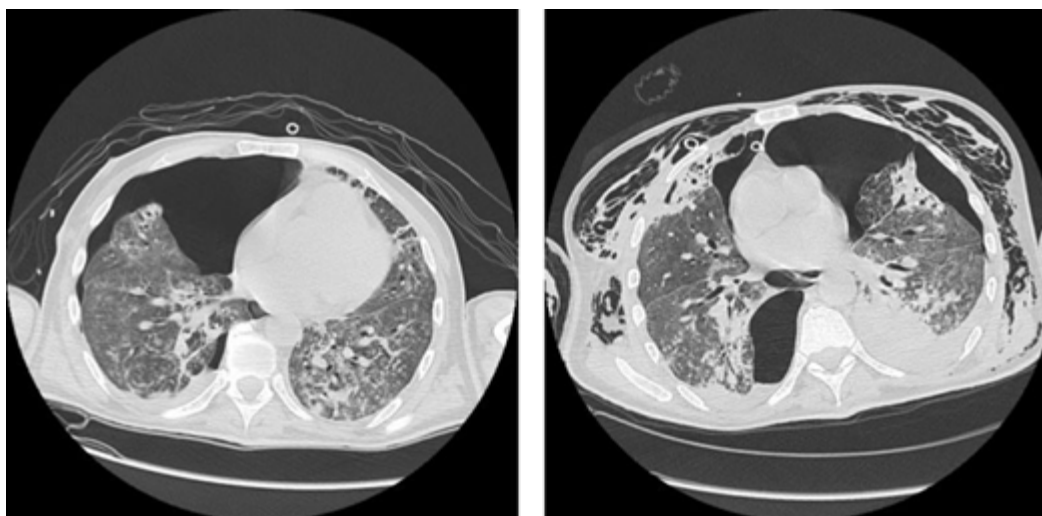
Następnego dnia wykonaliśmy kontrolną tomografię, ukazała jedne z najbardziej zniszczonych płuc przez COVID, jakie widziałem. Pacjent chyba niestety ma rację, „*on tut pomru*”, choć będziemy robić wszystko, żeby się tak nie stało. Trzy dni później, saturacja w wyniku odmy samoistnej gwałtownie spadła i szef założył mu drenaż jamy opłucnowej oraz podłączył do respiratora. Jego szanse na powrót na Ukrainę żywym gwałtownie spadły, choć patrząc na tomografię, wcześniej też nie były dużo większe. W kolejnych dniach z naszego OIT-u przekażą nam rozintubowanego pacjenta w bardzo dobrym stanie. Jednego z nielicznych, którym udało się prawdziwie oszukać przeznaczenie.



Po stronie lewej tomografia klatki piersiowej w 6. dniu objawów. Pacjent wymaga maski z rezerwuarem, „jasne fragmenty” płuc odpowiadają obrazowi mlecznej szyby – miąższ zajęty przez wirusa. Kolejna tomografia po stronie prawej wykonana z powodu pogorszenia stanu chorego, praktycznie całkowite zajęcie płuc przez wirusa. Oba badania oddziela od siebie jedynie 11 dni.

Fot. kolekcja własna

Ukraińcowi się nie udało. Walczył długo, był szczupłym pracowitym mężczyzną. Trzeba przyznać, że wolę walki miał ogromną, przeleżał na oddziale intensywnej terapii wiele dni, zmarł dopiero w połowie maja – mają za sobą 63 dni nierównej walki z niewidzialnym wrogiem. Obraz jego płuc: progresji zmian zapalnych, a następnie powikłań zarówno COVID-owych, jak i wentylacji mechanicznej jest zatrważający nawet dla laika.



Po lewej stronie kolejna tomografia wykonana miesiąc po poprzedniej, widoczna regresja zmian COVID-owych (kolor płuc staje się ciemniejszy) oraz spora komora odmy (czarny kolor), w której występuje powietrze, uciskając na prawe płuco. Po stronie prawej ostatnia tomografia zrobiona tydzień później, w której widoczna jest obustronna odma, z przemieszczeniem serca na stronę prawą i masywną rozedmą podskórną (ciemne poszarpane obszary w tkance podskórnej) oraz niewielką ilością płynu w obu jamach opłucnowych.

Fot. kolekcja własna

#

Kiedy masz 30 lat nie myślisz o śmierci, owszem gdzieś w głowie pojawia się, że każde życie przemija, ale ty na razie jesteś nieśmiertelny. Młody, wysportowany. Po co ci kaganiec na twarz tłumiący twoją wolność. Maski, przez którą parują okulary albo nie możesz swobodnie palić e-papierosa. W telewizji pierdolą głupoty, pozamykali bary, nie można nigdzie wyjechać i generalnie jest do dupy. Lockdown – ssie, po co to komu?

Patrzyłem na mojego rówieśnika, młodszego o miesiąc, wyższego i lepiej zbudowanego. Jego ręce pokrywają wymyślne tatuaże, naprawdę fajne, widać, że robione były przez prawdziwego artystę. Jest szczupły, wysportowany, po podniesieniu koszulki ukazują się pięknie zarysowane mięśnie piersiowe większe. Ramiona pokryte cienką warstwą tłuszczu, pod którą rysowały się głowy mięśnia trójgłowego i dwugłowego ramienia. Nie był przypakowany, ale dbał o siebie. Gdybym miał obstawiać, co trenował, to powiedziałbym, że crossfit. Ale teraz leżał, kaniule donosowe o wysokim przepływie podawały mu 60 litrów tlenu na minutę, nad płucami masywne trzeszczenia zlewały się prawie całkowicie, tłumiąc prawidłowy szmer pęcherzykowy. Jest nieco lepiej, jeszcze wczoraj miał maskę od nieinwazyjnego respiratora, która utrzymywała podwyższone ciśnienie w drogach oddechowych tak, aby rekrutować jak największą ilość pęcherzyków płucnych. Choroby współistniejące – tylko astma, tak jak ja. Ma też 3,5-letnie dziecko, tak jak ja. A jednak przechodzi od mnie o wiele ciężiej COVID. Czemu? Nie wiem... Jestem grubszy i fizycznie w znacznie gorszej kondycji, choć teraz to on nie może oddychać. Bańka nieśmiertelności pękła, boi się... Boi się, że umrze... Boi się, że nie zobaczy synka... Boi się, że może zostać pocovidowym inwalidą.

Na innej sali leży 35-letnia kobieta, ma NIV-a i 95% zajętych płuc, wciąż utrzymuje saturację, poprawia się. Za kilka dni zdejmujemy ją z tego

nieinwazyjnego respiratora i stopniowo będzie potrzebować coraz mniej tlenu. Naprzeciwko w sali jednoosobowej jest 42-letni mężczyzna, dotychczas bez obciążeń. Ma kochającą żonę, która dzwoni dwa–trzy razy dziennie. Jest źle, w tomografii ponad 80% zajętych płuc i pogarsza się, gorączkuje do 40 stopni. Tego wieczoru zakładam mu po raz pierwszy maskę do wentylacji nieinwazyjnej. Przez noc trzykrotnie podnoszę parametry wentylacji – pacjentowi oddycha się lepiej, ale ciągle dochodzi do eskalacji terapii, walczę ze spadającą saturacją. Jeszcze nie wiem, że za dwa dni będzie wymagać intubacji. Trafi na OIOM, gdzie anestezjolodzy będą walczyć o niego ze wszystkich sił. W ośrodku nie mamy ECMO⁹⁶, ale szefowi OIT udało się ustalić miejsce do takiej terapii. Specjalny zespół przyleci helikopterem, aby przetransportować tam pacjenta. Jego szanse na przeżycie maleją. Gdyby ktokolwiek na jakimś etapie odpuścił bądź za późno podjął konieczne decyzje, jego żona byłaby już wdową, a dziecko półsierotą⁹⁷.

#

Nieśmiertelni. Młodzi ludzie. Mijam ich codziennie, idąc i wracając z pracy. Nietykalni zarazkosceptycy. Mieszkam blisko, zaledwie pięć minut drogi piechotą od szpitala. Idę i liczę; jedna, dwie, trzy... jedenaście osób, obok tyłu tym razem przeszedłem. Dwie z nich, te starsze, miały maseczki, reszta to młodzi nieśmiertelni. Ktoś palił fajkę, inny żuł gumę w rytm ostrego bitu w markowych słuchawkach. Trzy dziewczyny śmiały się perlistym śmiechem, błyskając białymi ząbkami, puszczać sobie filmik z Tiktoka. Przecież się nie zaraża, ich to nie dotyczy. Dziś patrząc na malejącą średnią wieku, nie byłbym tego taki pewien.

#

Wróciłem i padłem. Ostatnie dyżury są ciężkie i nie wygląda, żeby się to zmieniło. Wysysają ze mnie wszystkie siły fizyczne i sprawiają, że muszę się zregenerować, śpiąc w dzień. Przychodzę do domu niczym robot na automacie. Witam się z żoną, kradnę jej szybkiego całusa, jak są dzieci, to je ściskam i odpowiadam na parę ciekawskich pytań Zuzi, o tym jak było w pracy, następnie prysznic i łóżko. Nie jem, wolę sen, ładunek zebranej w pracy adrenaliny i kortyzolu powoduje, że i tak nie czuję głodu i nie mam

apetytu. W łóżku zapadam się w pościel i momentalnie w mojej zaciemnionej sypialni otula mnie całun nieprzeniknionego mroku – a to oczy właśnie same mi się zamknęły, nareszcie chwilę pośpię.

Tym razem nie obudził mnie budzik, a pełen pęcherz. Spojrzałem na zegarek, było sporo po czternastej. O piętnastej jest obiad, więc żona i dzieci pozwoliły mi spać do oporu. W sypialni było nieco jaśniej, a przez uchylone drzwi od przedpokoju zobaczyłem, jak Zuzia bawi się klockami i drewnianą kolejką. Spojrzałem w lustro. No pandemia też mi dała trochę w kość, podupałem fizycznie. Kiedyś miałem całkiem fajną, jak na mój gust figurę – teraz brzuch uległ zaokrągleniu i niebezpiecznie uwypuklił się do wcześniej nieakceptowalnej przeze mnie granicy. Co tu dużo kryć, ciągła praca, brak ruchu i ćwiczeń, stres i żarcie zamawianych do szpitala fastfoodów, często w nocy, zrobiło swoje. Nie wyglądam już jak młody bóg, choć po prawdzie nigdy tak nie wyglądałem. Teraz bliżej mi do Buddy niż do Heraklesa, choć przynajmniej nie jestem łysy.

Parcie na pęcherz nasiliło się, wciągnąłem szybko dresowe spodnie i bez koszulki przemknąłem do łazienki.

– Cześć tato!

– Cześć Zuziu. Co robisz?

– Buduję taką wieżę, a tu będzie pociąg przejeżdżał przez stację.

– O widzę fajnie, zaraz się pobawimy.

– Tato, ubierz koszulkę... – powiedziała Zuzia, krzywiąc się na mój widok.

– Dlaczego? – zapytałem nieco zdziwiony, czasem zdarza mi się chodzić bez koszulki po domu, ale pierwszy raz słyszę, żeby to komuś przeszkadzało.

– Nie lubię twojego brzucha – odpowiedział szczerze Kruszynka.

– Dlaczego? – zapytałem ponownie, jednak tym razem kompletnie mnie zamurowało.

– Bo jest gruby i zjada moje słodycze – odpowiedziała Zuzia szczerze.

Westchnąłem.

– Nie pamiętam, skarbie, żebym ostatnio zjadł jakieś twoje słodycze – odpowiedziałem, kucając i patrząc córce w oczy.

– W nocy zginęła mi czekolada, szukałyśmy jej rano z mamą – odpowiedziała smutnie moja Kruszynka, spuszczając wzrok.

– Ach tak... może gdzieś się zgubiła? – zapytałem, choć doskonale wiedziałem, gdzie w nocy i w czyim żołądku mogła zginąć czekolada Zuzi,

kiedy ja miałem dyżur. Muszę poważnie porozmawiać z żoną, mogła chociaż mi napisać, jaka to była czekolada, to bym ją odkupił i wtedy po cudownych poszukiwaniach wreszcie byśmy ją znaleźli.

#poniedziałek 15 marca

Teoretycznie przyzwyczailem się, że żyjemy w kraju abstrakcji i propagandy, ale przecież w dobie szalejącej pandemii ktoś, kto ograniczył dostęp do testów, powinien pójść po rozum do głowy. W zeszłym roku wiosną wystarczyło, że obywatel zakaszlał i bez badania jechał po 100–200 km do szpitala jednoimiennego. Testy wykonywano od ręki każdemu, kto miał objawy, dopiero później wprowadzono kwalifikację dokonywaną przez lekarza POZ opierającą się na trzech objawach: gorączce, kaszlu i duszności. Dzisiaj pacjent, nawet przyjęty w ciężkim stanie, nie zawsze ma wszystkie trzy symptomy. Są tacy, którzy przechodzą COVID z ciężkim zapaleniem płuc bez gorączki albo nie pojawia się u nich duszność, mimo wyjściowo niskiej saturacji.

Teraz, kiedy znowu jest źle i większość szpitali COVID-owych wypełniona jest po brzegi pacjentami, a liczby zakażeń rosną, nasi miłośnicy panujący wprowadzają możliwość zlecenia testu bez udziału lekarza. Co oczywiście byłoby dobrym krokiem, bo zależy nam na jak najdokładniejszym przetestowaniu jak największej liczby ludzi, aby szybko wykryć ogniska epidemiologiczne.

Prawda? No chyba nie w zamyśle osoby tworzącej tę ankietę⁹⁸.

Zasady są proste:

Wszystko odbywa się za pośrednictwem platformy gov.pl. Pacjent wypełnia formularz i na jego podstawie zostaje zakwalifikowany do grupy ryzyka infekcji SARS-CoV-2. W przypadku kwalifikacji z pacjentem kontaktuje się konsultant Domowej Opieki Medycznej celem wydania skierowania na test.

Konsultanci pracują w godzinach od 8 do 18, również w weekendy. Po godzinie szóstej wieczorem formularze zakwalifikowane do wymazu będą obsługiwane następnego dnia.

Po przejściu dalej otwiera się pole z dwoma pytaniami: 1. „Czy przebywałeś w bezpośredniej bliskości (twarzą w twarz) z osobą zakażoną wirusem SARS-CoV-2, w odległości mniejszej niż 2 metry, przez ponad 15 minut?”; 2. „Czy miałeś bezpośredni kontakt fizyczny z osobą zakażoną wirusem SARS-CoV-2?”.

Wynika z tego, że według twórcy „ankiety” Polacy zarażają się tylko w sposób świadomy, kontaktując się z innymi zakażonymi. Przecież każdy od razu skojarzy, że pan, który stał za nim w kolejce pięć dni temu bez maseczki i kaszlał mu w kark przez kilka minut, był chory na COVID-19. Przecież to czuć. Bo jak inaczej wytłumaczyć, że kliknięcie obu odpowiedzi „nie” na tym etapie od razu nas dyskwalifikuje i nie pyta o objawy?

Pojawia się wówczas pole, które nijak nam nie pomaga poza zachęceniem do zainstalowania szpiegowskiej „apki” w telefonie, bo inaczej nazwać nie mogę aplikacji, która śledzi, z kim się spotykam: „Nie zostałeś skierowany na test w kierunku COVID-19. Zachęcamy do zainstalowania aplikacji STOP COVID oraz obserwacji stanu swojego zdrowia”.

No dobrze, uznajmy, że jednak wybraliśmy którąś z opcji np. pierwszą opisywaną zawsze jako kontakt wysokiego ryzyka, czyli „face to face” przez 15 minut. Otwiera się okienko, gdzie pytają o choroby. Zaznaczam to, co najbardziej obciąża moich pacjentów i sprawia, że mają ciężki przebieg. Cukrzyca i choroby układu sercowo-naczyniowego.

Teraz główne objawy COVID-19. KASZEL, GORĄCZKA, DUSZNOŚĆ.
3 x TAK

Dodatkowo to, co dominuje w tym momencie: ZMĘCZENIE, BÓL MIĘŚNI, DRESZCZE, BÓL GŁOWY.

Wybieram opcję, że nie jestem pracownikiem ochrony zdrowia. I pewny, że otrzymam skierowanie na test, klikam dalej. Spełniam wszystkie kryteria, którymi zawsze się kierowaliśmy przy zleceniu testu, jestem w grupie ryzyka i mam dodatkowe objawy. Ku mojemu zaskoczeniu nie jestem zakwalifikowany... Jest to oburzające i godzące w medycynę opartą na faktach oraz zupełnie nielogiczne. Po co robić

formularz do kwalifikacji, który nie kwalifikuje osób, które powinny mieć wykonany test?

Co trzeba zrobić? Dodać jeszcze otyłość, zaburzenia węchu i smaku, które w wariacie brytyjskim występują rzadko albo wcale, i skierowanie będzie. Formularz można wypełniać wiele razy, aż do momentu zakwalifikowania i podania danych.

Żałuję, że żyję w kraju, w którym trzeba kłamać w ankietach, żeby zachować postawę obywatelską i przy objawach choroby się przebadać.

#

Staram się być bezstronny i opisywać również działania rządu w sposób niezłośliwy i obiektywny, co czasem ze względu na poziom abstrakcji się nie udaje. Niemniej należy wspomnieć o rzeczach, które uważam za dobre. Jak pismo sekretarza stanu, Waldemara Kraski, skierowane do wszystkich wojewodów w Polsce z intencją przekazania wytycznych dyspozytorom i zespołom ratownictwa medycznego. W tym piśmie podkreślono, że u każdego pacjenta z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2 obowiązkowy jest pomiar saturacji krwi. I zespoły ZRM, co bardzo istotne cytuję: „Jednocześnie zobowiązane są do zaniechania pozostawiania w domu tych osób, u których poziom sat. O₂ spadł poniżej 94% bez względu na wiek pacjenta – chyba że pacjent wyrazi na piśmie sprzeciw odnośnie przewiezienia go do szpitala”.

Wielokrotnie słyszałem od pacjentów przywiezionych z ciężką już niewydolnością oddechową, że karetka była wcześniej w domu, mieli saturację nawet poniżej 90%, ale nie zostali zabrani do szpitala, bo ich stan jest za dobry. Pacjenci z COVID-em nie manifestują duszności, dopóki ta nie jest znaczna! To coś, co mnie uderzyło w trakcie zajmowania się pierwszymi ludźmi z tą chorobą. Im w późniejszej fazie COVID-19 chory z zajęciem płuc trafia do szpitala, tym mniej mamy opcji terapeutycznych, tym większe szkody są poczynione w organizmie, tym dłuższa jest jego hospitalizacji i tym samym większa szansa na zgon lub trwałe inwalidztwo. Paradoksalnie być może, gdyby wszystkich chorych przyjmować odpowiednio wcześniej, ich czas pobytu byłby krótszy, a przez to byłoby odpowiednio więcej miejsc, niż jak leżą po kilka tygodni przykuci do łóżka. Nie od dziś wiadomo, że prewencja czy wcześniej wdrożone leczenie jest

również dla systemu ochrony zdrowia mniej kosztowne niż leczenie ciężkich stanów czy następstw za późno udzielonej pomocy.

Tylko czy nie jest za późno? Może powinniśmy tak zadziałać, kiedy zakażeń było parę czy paręnaście tysięcy? Dziś zastosowanie się do tych zaleceń błyskawicznie zapełniłoby nieliczne już miejsca w szpitalach.

Pismo nie zostało dobrze przyjęte, doświadczenia z frontu z kolejnych dni i relacje pacjentów mówiły dalej same za siebie. Kolejne osoby relacjonowały zostawianie ich w domach mimo saturacji poniżej 94%, a nawet 80%, co według mnie było już bezpośrednim zagrożeniem dla ich życia i zdrowia. Kto tak robi? Trzeba mieć dziury w mózgu, serce z kamienia i dupę ze stali. Nie potrafię znaleźć innego wytłumaczenia. Choć po prawdzie nigdzie miejsc nie ma, to takiego chorego władowałbym do karetki i podłączył pod tlen, nawet jeśli oznaczałoby to wielogodzinne szukanie miejsca czy przejażdżki po 150–200 kilometrów.

#Środa 17 marca

Dwa dni, tyle czasu zajęło Ministerstwu Zdrowia poprawienie buba, jakim był poprzedni formularz skierowania na test, niekwalifikujący prawidłowo chorych osób. Ile ludzi zostało odrzuconych i zrezygnowało z przebadania się po internetowej odmowie – nie wiadomo. W każdym razie dzisiaj informują, że poprawili formularz. I faktycznie na samym początku pojawia się tylko jedno pytanie:

„Czy miałeś bezpośredni kontakt fizyczny z osobą zakażoną wirusem SARS-CoV-2?”

Wybranie negatywnej odpowiedzi już nie wyklucza z otrzymania skierowania na test. Do najważniejszych objawów dodano również „Objawy grypopodobne/przeziębieniowe”. A więc już łatwiej dostać skierowanie. Zaznaczenie 4 głównych objawów bez chorób współistniejących i żadnego dodatkowego objawu dalej nie skutkuje skierowaniem na test. Przy braku obciążeń dopiero 4 główne objawy i 2 poboczne kierują na wymaz i wreszcie nie muszą być to zaburzenia węchu i smaku. Wciąż czuję niedosyt, ale jest lepiej.

#piątek 19 marca

Dziś otwarto kolejny oddział COVID-owy w naszym szpitalu – w starej ortopedii, którą przeniesiono na świeżo wyremontowany strych. To kolejne dwadzieścia kilka łóżek. Opiekę nad tymi miejscami roztoczył nowy ordynator oddziału chorób zakaźnych, który objął tę funkcję w lutym. Tym samym oddział chorób zakaźnych odpadł nam spod dyżurowej opieki. Nowemu ordynatorowi udało się zebrać zespół, który będzie teraz dyżurował na obu oddziałach. Układ jest prosty, prowadzą pacjentów do poziomu high-flow, jak ktoś wymaga NIV lub wentylacji mechanicznej idzie do nas.

#piątek 26 marca wszystkie ręce na pokład

35 143 to największa do tej pory od początku epidemii liczba odnotowanych zakażeń jednego dnia. Aż strach pomyśleć, ile jest ich w rzeczywistości, biorąc pod uwagę niechęć ludzi do testowania się. Tak naprawdę skala zakażeń wyjdzie w przesunięciu dwutygodniowym wraz z nadmiarową liczbą odnotowanych zgonów⁹⁹. No, ale ja nie o tym.

Podsekretarz stanu Maciej Miłkowski wystosował list do rektorów uczelni z prośbą o utworzenie listy chętnych studentów z 5. i 6. roku, których wojewoda mógłby kierować do zwalczania epidemii. Na szczęście przewidziano wynagrodzenie dla ochotników. Choć całość w kontekście walki o ustny egzamin lekarski blokujący tak naprawdę sporą grupę, bo 3000 lekarzy „prawie specjalistów”, jest kuriozalna.

Niedobory kadrowe przy takim wzroście zakażeń są straszliwe, rzucajmy zatem wszystkie ręce na pokład. A jak tych nie starczy to, o kogo wystąpimy? Uczniów z biolchemów? Ludzi zainteresowanych biologią. Bo studenci weterynarii, jeśli dobrze interpretuję pismo, już mogą się zgłaszać. A 3000 lekarzy niech dalej uczy się do ustnych egzaminów, to jest przecież teraz najważniejsze.

#poniedziałek 29 marca

Postanowiłem tutaj zamieścić post Porozumienia Rezydentów podsumowujący ostatni miesiąc sporów i walki z Ministerstwem Zdrowia.

Bez zbędnego komentarza, w odpowiedzi na działania MZ, osobiście podpisuję się pod nim z całego serca:

Tydzień zdrowia lekarzy dobiega końca. Podjęliśmy decyzję o czasowym zawieszeniu działań protestacyjnych. Zawieszeniu – bo symbolicznie nasz protest dalej trwa.

Zostaliśmy sami z walącym się systemem. To już zbyt wiele. Popełniliśmy jednak pewien strategiczny błąd. Wyszliśmy z założenia, że rząd, a zwłaszcza minister zdrowia, dbają o dobro pacjentów. Teraz wiemy, że bardzo się pomyliliśmy. Nadal żaden przedstawiciel rządu nie zaproponował nam nawet rozmowy o tym, co dzieje się teraz. Po trzeciej fali to będzie już przysłowiowa musztarda po obiedzie. Powiemy więcej – minister wprost tego kontaktu unika, obłudnie twierdząc, że czas zewrzeć szyki, a jednocześnie uniemożliwiając tysiącom młodych specjalistów powrót do pracy. Ma za to czas na inne spotkania. Swoje złe decyzje już teraz zrzuca na innych, choćby zasłaniając się opinią Konsultantów Krajowych, kiedy to on sam nie chce wesprzeć lekarzy w tym trudnym czasie.

Jedno musimy powiedzieć sobie jasno – nie interesuje nas, kto jest doradcą, kto źle podpowiedział, kto nie pomógł. Odpowiedzialność za obecną katastrofę ponosi wyłącznie minister zdrowia Adam Niedzielski i to jego, a nie kogokolwiek innego, należy do niej pociągnąć.

Zrozumieliśmy dzięki temu protestowi, że decydentów interesują jedynie słupki poparcia i polityczny wizerunek, a żeby wywołać jakikolwiek ich niepokój musielibyśmy dążyć do bardzo znacznej destabilizacji systemu Ochrony Zdrowia. Ucierpieliby na tym jednak pacjenci i to w stopniu, w jakim żaden lekarz zgodzić się nie może. Nawet marszałek Stanisław Karczewski (lekarz), który zdecydowanie nie jest nam przychylny, w tej sprawie się z nami zgodził. To czas wojny z pandemią, a nie czas na bezduszną politykę Ministerstwa Zdrowia. Nasz desperacki krzyk o pomoc w szeregach rządu przeszedł bez jakiegokolwiek echa. Nie wpłynęliśmy na ich poparcie, więc zagrożenie brakiem opieki dla pacjentów jest bez znaczenia. Zapamiętamy jednak tę lekcję i wyciągniemy z niej wnioski.

W ostatnich dniach regularnie osiągamy 30 tysięcy zakażeń COVID. Blisko 80% z tego stanowi tzw. szczep brytyjski charakteryzujący się jeszcze wyższą zakaźnością i śmiertelnością. Wiemy już, że trzecia fala będzie – a w zasadzie jest – gorsza niż wszystko, co do tej pory widzieliśmy. Nie

będziemy grać losem pacjentów w politycznej grze rządu. Wiemy, że nie wygramy tej bitwy, bo nas sumienie dużo szybciej powstrzyma przed radykalnymi działaniami niż te działania zmuszą polityków do reformy Ochrony Zdrowia. Swoimi decyzjami i obłudą decydenci udowadniają, że los pacjentów jest im obojętny, dopóki nie przekłada się to na spadek poparcia. Dlatego w obliczu tego, co nadchodzi, prosimy lekarzy, którzy mogą wrócić już do pracy, aby to uczynili. Wiemy, że odpoczynek nie był długi, ale sytuacja jest trudna. Oczywiście ci, którzy nie zregenerowali jeszcze dostatecznie zdrowia, powinni się najpierw zająć sobą, zanim sami staną się pacjentami.

Kulturalnie jednak ostrzegamy i zapowiadamy – nie składamy broni. Rząd ma czas do końca maja, aby rozpocząć z nami dialog i podjąć realną reformę Ochrony Zdrowia. Uważamy, że to dość czasu, żeby odpowiedzieć na nasze postulaty. Potem zaczniemy prawdziwy protest i nie damy się przekonać, że to zły moment, to nieetyczne lub że zostawiamy pacjentów. To będzie wyłączna wina rządu. My domagamy się reformy od lat i teraz dajemy politykom ostatnią szansę na działania.

Dość skandalicznie niskiego finansowania Ochrony Zdrowia i fatalnych warunków pracy. Na tym cierpią zarówno pacjenci, jak i pracownicy OZ. Ostrzegamy. Czas na negocjacje kończy się w maju. Mamy szczerą nadzieję, że w tym ostatecznym proteście, nie tylko lekarze okażą swoje niezadowolenie dla kolejnych szkodliwych decyzji rządu. Wszyscy jesteśmy już na skraju wytrzymałości, wszyscy mamy dość. Jedynie faktyczna troska o pacjentów zmuszą nas, żeby wytrzymać jeszcze te dwa miesiące. Dwa miesiące i ani dnia dłużej. Zegar tyka¹⁰⁰.

#wtorek 30 marca

*System pomocy przedszpitalnej nie istnieje. Może inaczej, istnieje formalnie na papierze, ale nie w rzeczywistości. Brak miejsc COVID-owch i zwykłych powoduje, że pacjenci, którzy powinni dostać pomoc, bardzo często jej nie otrzymują. Dwa dni temu w mediach głośno odbiła się wypowiedź wojewody dolnośląskiego Jarosława Obremskiego: *Mając na względzie trudną sytuację epidemiologiczną oraz z uwagi na bardzo duże obciążenie systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego w województwie dolnośląskim, zwracam się do Państwa z apelem o wzywanie karetek wyłącznie w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia.**

Wypowiedź ta była krytykowana w dwojaki sposób, po pierwsze, że zniechęca ludzi do wzywania pogotowia. Po drugie, że to przecież oczywiste, że karetkę wzywa się tylko w stanie zagrożenia życia i zdrowia. W kolejnym dniu wojewoda na Twitterze zamieścił informację dotyczącą statystyki, w odpowiedzi na negatywne głosy dotyczące jego wypowiedzi: *Sytuacja jest bardzo poważna. Wiele osób próbuje dodzwonić się do PRM¹⁰¹, przez co linia i pogotowie są coraz bardziej obciążone. W okresie 1–28 marca br. do CPR¹⁰² we Wrocławiu wpłynęło ponad 150 tys. zgłoszeń, z czego blisko 50 tys. zakwalifikowano jako niezasadne*”.

Osobiście uważam, że ta wypowiedź nie była zła, część społeczeństwa od dawna traktowała ZRM¹⁰³ jako rodzaj doraźnej pomocy, niekoniecznie związanej z zagrożeniem życia. W tym wypadku trzeba to maksymalnie ograniczyć. Historie, które słyszę od pacjentów i ich rodzin osobiście, mrozą mi krew w żyłach. Karetki potrafią przyjechać po kilkunastu godzinach, lub wcale, od wezwania. Chorzy ze skrajnie niską saturacją są zostawiani w domach, a ratownicy marzą o wezwaniu do „uraz głowy po alkoholu” zamiast gorączka i duszność. SOR-y zamieniają się w punkty doraźnej i przedłużonej pomocy. Pacjentów, których nie ma gdzie przekazać, leczą dobie, dwie, trzy, tyle ile pozwala rozporządzenia ministra zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 roku w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego. 72 godziny to maksymalny czas przebywania chorego na SOR-ze w stanie niebędącym zagrożeniem życia i zdrowia, choć te kryteria są w dzisiejszym czasie mocno naciągane. Część chorych niecovidowych, którzy normalnie trafiliby na oddział, a nie ma gdzie ich położyć poprawia się na tyle, że można ich wypisać do domu z mniejszym uczuciem strachu i lekami doustnymi. Bo miejsc na internach nie ma, większość oddziałów wewnętrznych w województwie to teraz COVID. Inną kwestią jest to, że pacjenci nie są zabierani z domu przez zespoły, zwłaszcza „P” – tam, gdzie nie ma lekarza, dają lek doraźny i tyle. Wydaje się, że najlepszą opcją jest samodzielne przewiezienie osoby bliskiej na SOR, jest szansa, że chorego zbada wtedy lekarz czy zleci mu badania. Zupełnie inaczej jest to też odbierane, jak trzeba wystawić kartę odmowy i podbić się lekarską pieczęcią nad decyzją o odmowie przyjęcia niż odmowa zabrania karetką z domu pacjenta. Ratownicy zdają się mieć mniejszy „instynkt samozachowawczy” w tej kwestii, poza tym zawsze pada formułka, po podaży doraźnych leków, że w razie pogorszenia można jeszcze raz wezwać karetkę.

Tylko że pacjent powinien być zabrany już za pierwszym razem, ale system jest niewydolny. Rano w trakcie odprawy przyjeżdża karetka, krążąca z chorym już kilka godzin. Pacjent sześćdziesięcioletni, a ambulans jest z miasta oddalonego o ponad 100 km. Dzwonili wcześniej, że pacjent w stanie krytycznym, będzie zaintubowany, tak jednak nie było. Chory jest nieprzytomny, przyjechali tu prosto z domu, odbijając się o braki miejsc w SOR-ach. Byli już po rozmowie z koordynatorem. My miejsce mamy na intensywnej sali, „zrobiło się” w nocy. Do tego chorego na COVID karetka była wzywana trzy razy, dwa razy w dniu wczorajszym, kiedy pacjent tracił świadomość w domu, przysypiał i bełkotał. Zmierzony wówczas cukier według kart pogotowia wynosił zaledwie 43 i 27 mg/dl¹⁰⁴ – to skrajna hipoglikemia. Za każdym razem przyjeżdżał ZRM „P” – podstawowy i podawał glukozę, uzyskując poprawę stanu. Rano, kiedy żona nie mogła dobudzić mężczyzny, wezwała po raz trzeci pogotowie, zespół w trakcie badania zmierzył cukier, uzyskując wartość 23 mg/dl. Chory nie reagował na bodźce, a w trakcie badania dostał pierwszorazowego w życiu napadu padaczkowego. Po tym ratownicy podłączyli wlew glukozy i wezwali zespół „S” – karetkę z lekarzem. Sam zaś pacjent po długiej drodze, z drogami udrożnionymi rurką ustno-gardłową trafił do nas. Wypadałoby mu zrobić TK głowy i klatki piersiowej na wejściu, żeby ocenić, co się podziało w mózgu, czy przy okazji nie ma jakiegoś udaru, skoro wciąż jest nieprzytomny, ale po krótkim telefonie na SOR okazało się, że tam walka trwa, nie ma gdzie położyć pacjenta, a na podjeździe czekają jeszcze dwie karetki.

– Bierzemy go od razu na „erkę” – odpowiedział szef lekarzowi z karetki.

Przełożyliśmy bezwładne ciało chorego na łóżko, a pielęgniarki z prędkością błyskawicy zaczęły podłączać go pod monitor i zbierać parametry życiowe.

– Wenflon na rękę jest niedrożny. Byliśmy już blisko, więc nie zakuwaliśmy drugi raz.

– Ciężko u niego żyły znaleźć – dodał ratownik z transportu.

– Ciśnienie 60/40 – powiedziała pielęgniarka po założeniu mankietu i pierwszych pomiarach. Glikemia 43 mg/dl.

– Dziękujemy... – powiedział szef zimno do zespołu transportującego.

– My również – odpowiedział lekarz z karetki i wyszedł.

– Pani Aniu, proszę podać glukagon i naszykować kroplówkę glukozę 20-procentową – zdecydował szef. – Niech pani przygotuje zestaw do wkłucia

centralnego i spróbuje założyć wkłucie obwodowe – rzucił do drugiej pielęgniarki.

W międzyczasie razem z Julią badamy pacjenta; nie słychać nad płucami patologicznych szmerów, jest zimny i zlany potem. Oczy słabo reagują na światło i są takie „pływające”, rozjeżdżają się do góry i na boki.

– Myśli szef, że mu się to cofnie? – zapytałem, bo w sumie nie widziałem nigdy pacjenta w takim stanie spowodowanym skrajną hipoglikemią.

– Nie wiem, jak długo ten stan trwał, zanim żona go znalazła. Gdyby nie pandemia, pewnie za pierwszym razem by go zabrali do szpitala, podleczyli i nie byłoby problemu. A teraz nie wiadomo, co mu w głowie obumarło.

No tak mózg nie lubi niskiego poziomu cukru, hipoglikemia działa na niego destrukcyjnie, poza tym jest to na tyle czułe środowisko, że nie lubi dynamicznych zmian. Zupełnie inne zmiany zaobserwujemy u osób skrajnie zagłodzonych, gdzie proces trwał wiele tygodni, a inne kiedy glikemia spadła gwałtownie w ciągu godzin. Taki proces prowadzi do encefalopatii hipoglikemicznej i jak w przypadku naszego pacjenta śpiączki i napadów padaczkowych.

– Będzie ciężko założyć obwód, doktorze – powiedziała blondwłosa pielęgniarka. Wciąż nie pamiętam jej imienia.

Część personelu z zewnątrz bardzo szybko się zmienia albo przychodzą na pojedyncze dyżury w miesiącu.

– Da pani radę. Możemy się pościgać, zobaczymy, kto założy wkłucie szybciej, pani obwód czy ja centralę – zapowiedział pół żartem, pół serio szef, myjąc „kolorem”¹⁰⁵ miejsce, w którym za chwilę założy wkłucie.

Obserwowałem go, sam i to zazwyczaj pod baczynym okiem jego lub starszych kolegów założyłem raptem kilka wkłuć centralnych, mimo że szło mi coraz lepiej, to wbijanie tej długiej grubej kaniuli w udo pacjenta powodowało niewielki dyskomfort. Tymczasem Padrino niczym doświadczona szwaczka nie wykonywał żadnych zbędnych ruchów, dłonią pracował płynnie i finezyjnie bez śladu zawahania. Igła za pierwszym razem napotkała żyłę, przewodnica weszła śpiewająco, zaraz po wyjęciu igły wykonał szybkie delikatne nacięcie skóry dla „poszerzaka” i wkłucie centralne po metalowej przewodnicy zostało założone i przyszyte.

– Założyła pani obwód? – zapytał z szelmowskim uśmiechem.

– Nie...

– To wygrałem – rzucił i zaczął szykować się do założenia dostępu do tętnicy promieniowej.

Raz, że pacjent jest w kwasicy i będziemy kontrolować gazometrię, dwa uzyskamy w ten sposób krwawy pomiar ciśnienia dający nam informację o bieżącym ciśnieniu pacjenta w czasie sekund, bez potrzeby mierzenia go mankietem.

#

Poszedłem na wizytę na moje sale. Pan Paweł, o którego się tak martwiłem jeszcze parę dni temu, jest zdecydowanie w lepszym stanie, saturacja w spoczynku na 6 litrach tlenu wynosi u niego 93%, choć przy wysiłku desaturuje poniżej 85%. Niemniej przejście z maski z rezerwuarem na wąsy było ogromnym sukcesem. Przez bardzo długi czas nie mogliśmy nawet tknąć tych 30–35 litrów, które leciały na maskę, okresowo wentylowałem go CPAP-em, tak aby zrekrutować jak najwięcej pęcherzyków. Kilka dni temu mieliśmy przełom, miałem dyżur i po bardzo długiej rozmowie z nim i z jego żoną, zacząłem mu dynamicznie skręcać tlen. Zeszliśmy wtedy z maksymalnych 35 do 15 litrów w ciągu doby, choć saturacja była nieco niższa niż ta, którą chciałem uzyskać. Zaczął się też rehabilitować oddechowo, na co wcześniej był za słaby. Dało to bardzo dobry efekt. Dziś po miesiącu przenoszę go na strefę B, tam, gdzie leżą pacjenci w lepszym stanie.

Pan Paweł wciąż nie wie, że ma zajęte 95% płuc. Wykonaliśmy kontrolną tomografię w protokole naczyniowym, bo podejrzewaliśmy zatorowość, ale to wirus tak zniszczył mu płuca. Niestety pacjent był w kompletnym dołku, dusząc się przy najmniejszym ruchu, więc skonsultowałem go psychiatrycznie i włączyłem leczenie przeciwdepresyjne, a po rozmowie z żoną zastosowałem tzw. przywilej terapeutyczny. Oznaczało to, że nie informowałem go dokładnie o stanie płuc, omijając sprytnie temat¹⁰⁶. Tę wiedzę zyskał dopiero w dniu wypisu, kiedy wymagał śladowej ilości tlenu i ruszał na rehabilitację. W tym momencie ta informacja nie załamała go psychicznie.

Kolejna pacjentka, o którą się martwię, to prawie 80-letnia emerytowana nauczycielka, od kilku dni wentylowana nieinwazyjnie. W ocenie kolegi z dyżuru może wymagać intubacji, jest zmęczona i wygląda strasznie. Jej cienką pomarszczoną skórę na twarzy, wokół maski wypełniają obrzęki praktycznie uniemożliwiające jej otwieranie oczu. Nie łudzę się, że przeżyje intubację, choć jakiś czas temu wybudziliśmy spod respiratora 85-

latka – na razie ściska nasze dłonie i nas widzi, choć nie jest jeszcze w stanie całkowicie samodzielnie oddychać. Maszyna pomaga mu przez rurkę tracheostomijną dopełniać jego własne płytkie oddechy o odpowiednią ilość powietrza.

Nasza „osiemdziesięciolatka” rozmawia ze mną i mówi, że nie jest zmęczona, że da radę i zgodzi się na intubację tylko w ostateczności. Na to dajemy jej czas.

Wychodzę na korytarz i widzę doktor Magdę, która szybkim krokiem idzie w stronę „erki”.

– Widziałeś szefa?

– Nie, a co?

– Trzeba zaintubować Jasińskiego – rzuca szybko.

To będzie siódma osoba na respiratorze. Dwa dni temu mieliśmy tylko cztery miejsca respiratorowe, wczoraj sześć, a dziś – siedem. Dodatkowo za miejsca o wzmożonym nadzorze uważamy NIV-y – w końcu to też respiratory, choć pacjenci są przytomni, co nastrocza innych problemów.

Pan Jasiński leżał z żoną na jednej sali. W sumie już długo, chyba dwanaście dni. Wydawał się poprawiać. Cóż z COVID-em wszystko jest możliwe, zważywszy na powikłania. Na ich sali do ramy obrazu wetknięte były zdjęcia dzieci i wnuków. Państwo Jasińscy mieli również laurki z życzeniami od wnucząt: „Szybkiego powrotu do zdrowia, Dziadku Heniu” oraz „Wracaj do zdrowia, Babciu Jasiu”. Na podłodze zaraz po wyjechaniu łóżkiem w kierunku „erki” pozostały brązowe kapcie z napisem „SuperDziadek”. Małżonka pacjenta siedziała nerwowo na łóżku z maską tlenową. Na początku hospitalizacji to ona była w gorszym stanie, a mąż się nią zajmował. Teraz sytuacja się odwróciła i nie da się porównać. Pozostała jej bezsilność i oczekiwanie.

#

Właśnie skończyłem obchód. Na odcinku A przy sali „R” zobaczyłem duże zbiegowisko.

Pan Jasiński był już pod respiratorem, zajmowali się nim szef, doktor Ada oraz ordynator OIOM-u. Ostatnimi czasy, kiedy liczba osób pod respiratorem wzrosła, szef OIT robi dodatkowy poranny obchód i służy nam radą i pomocą.

– Zobacz EKG, chyba Magda ma, zawał STEMI ze wstrząsem kardiogenym – powiedział szef.

– Dostał zawału po intubacji, czy zaintubowaliśmy go, bo już miał zawał i stał się niewydolny? – zapytałem.

– A co było pierwsze jajko czy kura? – odpowiedział retorycznie szef. – Zepsuł się koncertowo, w zasadzie w ostatniej chwili go zaintubowaliśmy i się posypał – dodał.

– Jak kraść to miliony, jak ruhać to księżniczki... – rzucił w przestrzeń filozoficznie anestezjolog. – Uwaga przyspiesza znowu, odsunąć się... – rzucił do wszystkich i faktycznie na monitorze i na lifepacku akcja serca przyspieszyła do 250 uderzeń na minutę.

Doktor Ada przerwała zakładanie wkłucia tętniczego i odsunęła się, a po chwili od naciśnięcia przycisków przez ciało chorego przeszedł niewielki wstrząs, serce zwolniło do 120 uderzeń na minutę.

Do sali weszła szybkim krokiem doktor Magda.

– Wypis zrobiłam, ale najbliższa kardiologia w Ząbczycach go nie weźmie. Mówią, że nie są COVID-owi i żeby dzwonić do naszej stolicy.

– Powiedziałaś, że to STEMI i ich pojebało, mają obowiązek w zagrożeniu życia. On nie dojedzie do stolicy – stwierdził doktor Lubczyk.

– Powiedziałam, choć nieco subtelniej.

– Dzwon do kliniki, ale zapytaj, czy od razu możemy na hemodynamikę wjechać, jak nie, to muszą być Ząbczyce – wtrącił Padrino.

– Zadzwoń, tamten kardiolog powiedział jeszcze, że z szefem pogada, ale wiesz, jak to jest, takie przeciąganie.

– Podamy aktylizę – zdecydował szef.

– Znowu przyspiesza, odsunąć się – poinformował anestezjolog, łapiąc za lifepacka.

– Proszę naszykować 15 mg aktylizy w bolusie i pompę 50 mg w czasie 30 minut. Tomek, przyciągnij USG. Zobaczymy, jak się kurczy i czy gdzieś nie rozwarstwił. A i dajcie jakąś maszynkę do włosów i nowe elektrody do kardiowersji, te się odklejają – zarządziła doktor Ada.

I faktycznie z uwagi na bujne owłosienie klatki piersiowej oraz to, że pacjent się intensywnie pocił, elektrody się odklejały.

Kiedy przyprowadziłem ciężki stacjonarny aparat USG, Ada z zapalem zawodowego barbera przy pomocy mydła i maszynki do golenia wycinała placki w owłosieniu na skórze klatki piersiowej pod nowe elektrody. Nawet z drobnych zacięć czy miejsc wkłuć pacjent zaczynał delikatnie

podkrwawiać, efekt uboczny aktylizy, musi jednak rozpuścić zakrzep w tętnicach wieńcowych powodujący zawał. Następnie z głowicą w ręce zaczęła uzyskiwać pierwsze niepokojące projekcje jam serca.

– No koniuszek się wcale nie kurczy. Prawa komora jest duża – powiedziała po chwili.

– Julka zawołaj doktor Barbarę, ma największe doświadczenie w „echo”.

#

– Powiększona prawa komora, czas akceleracji poniżej 60 ms. Może mieć zatorowość – powiedziała doktor Barbara w trakcie badania.

– 60 to dużo czy mało? – zapytałem, zupełnie nie znając się na echo serca.

– To mało, patrzymy na czas akceleracji przepływu przez zastawkę tętnicy płucnej. Powinno być ponad 100 ms, a jest poniżej 60, co świadczy o istotnym wzroście oporów w łożysku płucnym, co pośrednio może sugerować zatorowość – wyjaśniła Barbara

Szef pojechał z chorym na angio-Tk klatki, w masywnej zatorowości płucnej również stosuje się aktylizę, ale musieliśmy wiedzieć, jak wygląda progresja zmian COVID-owych i czy zatorowość jest, czy jej nie ma. Wynik był zatrważający, nie dość, że pacjent miał zawał STEMI, nie nadawał się do transportu i wpadał w częstoskurcze, to miał zatorowość i całkowicie zniszczone płuca przez wirusa. Literalnie, radiolog opisał 100% zajętego mięszu, a ja przeglądając później okno płucne tomografii, próżno szukałem choć jednej wolnej plamki, niezajętego mięszu płucnego. Jakim cudem udawało się jeszcze go wentylować? Nie wiem.

Dwie godziny później mężczyzna umarł.

#środa 31 marca

Dziś mam dyżur z szefem, to też swoista rocznica, bo 1 kwietnia zeszłego roku został dyrektorem do spraw medycznych. Na początku myśleliśmy, że to prima aprilis, ale okazało się, że to tylko niefortunny zbieg dat.

W kwietniu ubiegłego roku nie spodziewałem się, że będę pracować w nowo wybudowanym szpitalu, posiadającym najnowszy sprzęt i pełną infrastrukturę pozwalającą na prowadzenie praktycznie zastępczego OIOM-u na potrzeby pandemii z bardzo rozbudowanym odcinkiem wzmożonego nadzoru. Nie myślałem, że zdobędę tyle nowych umiejętności, które będę

wykorzystywał w leczeniu pacjentów COVID-owych. Nasz zespół pielęgniarski również stanął na wysokości zadania. Dziewczyny mimo olbrzymiego obciążenia pracą, bez norm obsady pielęgniarskiej obowiązującej na OIOM-ie, przejęły dodatkowe obowiązki i doglądały pacjentów zaintubowanych. Mamy kilku zaintubowanych, kilku na NIV-ach i kilkudziesięciu na tlenoterapii biernej, a liczba pielęgniarek, pielęgniarzy i ratowników na zmianie jest ograniczona. Odsysanie, pielęgnacja, przewracanie pacjentów pod respiratorem na brzuch, reagowanie na alarmy, wahania ciśnienia w krwawym pomiarze czy ogromna wytrzymałość psychiczna na wszechogarniającą śmierć i obraz duszących się ludzi sprawiają, że ludzie, z którymi pracuję (i ja sam), zmienili się. Może to zabrzmi patetycznie, ale staliśmy się swego rodzaju medyczną armią i pod przewodnictwem naszego generała podejmujemy najcięższe wyzwania. Na żadnym innym oddziale wewnętrznym, na którym pracowałem w czasie COVID-a, nie przyjmuje się zaintubowanych pacjentów z innych szpitali czy oddziałów. U nas informacja o tym, że jedzie do nas zaintubowany pacjent, bo nie ma miejsca w oddziałach intensywnej terapii, uruchamia dobrze ułożony mechanizm – na jego przyjęcie czekają już leki do spania i te utrzymujące ciśnienie, wreszcie specjalistyczny sprzęt.

Bardzo się cieszę, że mogę pracować razem z tymi niesamowitymi ludźmi.

– Na wstępie chciałbym podziękować za wspaniałą robotę, jaką wykonujecie. Prowadzicie pacjentów ciężkich, ojomowych, a przecież do tej pory to nie była wasza praca. Dziękujemy za wspieranie nas w tej trudnej walce – oznajmił doktor Lubczyk, ordynator oddziału anestezjologii i intensywnej terapii.

Dziś na prośbę naszego szefa wpadł zrobić nam ponad godzinną prelekcję rozwijającą kwestie prowadzenia tych najcięższych pacjentów, jak na ironię stwierdził, że nie będzie ani słowa o wentylacji, bo to nam wychodzi dość dobrze, ale opowiadał o wstrząsach, płynoterapii i żywieniu. Co jest bardzo istotną kwestią w opiece nad pacjentami. Słuchałem go bardzo uważnie, bo w niesamowicie ciekawy sposób przedstawiał rzeczy nudno przedstawiane w książkach. Nie tylko ma ogromną wiedzę, ale też lubi się nią w przystępny sposób dzielić.

Mniej więcej tydzień–dwa później zaczniemy szkolenia ze sztucznej nerki i dializoterapii. Pielęgniarki rozpoczęły oficjalnie kurs w zeszłą niedzielę, do nas na szkolenie przyjedzie instruktor z firmy produkującej te

urządzenia. To kolejna rzecz, jaką będziemy mogli wykonać na oddziale – ciągła hemodializa i hemodiafiltracja. Narzędzie mogące pomóc uratować pacjentów ze skrajną niewydolnością nerek czy krążenia.

#

W trakcie wspólnej wizyty na „erkach” dzwoni komórka szefa, słyszę jedynie jego odpowiedzi, a całość brzmi niepokojąco. Mam dziś z nim dyżur i wygląda na to, że znowu odkryję kawałek niezbadanego dla mnie ładu z dziedziny medycyny.

– Nie ma nigdzie?

– ****

– Jeśli gdzieś miałyby być, to wolałbym, żeby była u mnie. I tak mieliśmy to robić.

– ****

– To się przewiezie, nie przesadzaj. Wolę u siebie. Nauczą się – odpowiedział Padrino.

Spojrzeliliśmy na szefa, kiedy zakończył rozmowę.

– Dzwonił doktor Lubczyk. W całym województwie nie ma miejsca z nerką dla pacjenta COVID-owego. Mają wolną nerkę, ale nie mają kogo nam przekazać, nikt nie nadaje się do transportu. Na neurologii załamał się pacjent z niewydolnością nerek, Milena chce go tam dializować, ale weźmiemy go do siebie i tak mieliśmy to robić. Przyjdzie anestezjolog, podłączy go i zrobi wam przyśpieszony kurs dializy – oznajmił jak gdyby nigdy nic Padrino.

– Hmm, szefie... a tę nerkę, kto będzie obsługiwać? – zapytałem nieśmiało.

– No my. Oczywiście wszystko nam pokażą, no i w razie czego anestezjolodzy będą pod telefonem.

– Ale...

– Inaczej, nie ma nigdzie miejsc. Obdzwonili całe województwo, albo go zaczniemy dializować i damy mu szansę, albo umrze dzisiaj na pewno. Ma już 8 potasu i jest w ciężkiej kwasicy – zakończył szef.

Nerka do dializy ciągłej to dosyć spore urządzenie z bardzo czułymi wagami, zawiera miliony rurek, zacisków, dreników i innych dziwnych rzeczy. No i oczywiście dwie kurewsko czułe wagi, które ważą płyny używane w procesie dializoterapii. Wagi te mają taką wkurzającą

właściwość, że potrafią alarmować o nieprawidłowej zmianie wagi, nawet jeśli ktoś energiczniej przejdzie obok urządzenia. Dializa zachodzi w niewielkiej kolumnie wystającej z boku urządzenia.

Po zainstalowaniu zestawu i szkoleniu przez szefa OIT, a następnie podłączeniu pacjenta całość nie wyglądała już tak strasznie. Owszem było sporo rzeczy, na które trzeba uważać, ale to niewiedzy bałem się najbardziej. Po szkoleniu wiedziałem, co zrobić w różnych sytuacjach, a w razie czego zawsze mogłem zadzwonić do dyżurnego anestezjologa.



Zaintubowany pacjent poddany zabiegowi ciągłej dializy przy użyciu „sztucznej nerki”.

Fot. kolekcja własna

Ciągła dializoterapia – kolejna rzecz, której rok temu nie wyobrażałbym sobie na naszej internie, w ciągu doby, pod kontrolą licznych gazometrii, udało się wyrównać poziom potasu, wapnia i osiągnąć równowagę kwasowo-zasadową. Chory wciąż może umrzeć z powodu COVID-a i setek innych stanów, ale nie zabije go niewydolność nerek i wysoki poziom potasu. Nie zmienia to faktu, że każdorazowa wymiana jednego z pięciu worków, różne alarmy, są dla dyżurnego bardzo absorbujące. Nie lubię tego urządzenia, ale cenię je za to, co potrafi zdziałać.

[96](#) ECMO – pozaustrojowa oksygenacja membranowa, w skrócie natlenia się krew, maszyna zastępuje częściowo płuca i serce.

[97](#) Z tego, co mi wiadomo, pacjent przeżył respiratoroterapię i ECMO, choć zajęło to półtora miesiąca. Został wybudzony i wymaga niewielkich ilości tlenu.

[98](#) Kwalifikacja do testu była dostępna pod adresem: <https://form.www.gov.pl/ankieta/610604>

[99](#) 8 kwietnia odnotowano rekordowe 954 COVID-owe zgony, 9 kwietnia 768.

[100](#) Zachowano oryginalną pisownię, całość pochodzi ze strony Porozumienia Rezydentów na [Facebooku](https://www.facebook.com/porozumienierezydentow/posts/2608606366098461): <https://www.facebook.com/porozumienierezydentow/posts/2608606366098461>

[101](#) Państwowe Ratownictwo Medyczne.

[102](#) Centrum Powiadamiania Ratunkowego.

[103](#) Zespoły Ratownictwa Medycznego.

[104](#) Prawidłowe stężenie glukozy na czczo wynosi 70–99 mg/dl.

[105](#) Potocznie tak nazywamy brązowy płyn do dezynfekcji braunol, który ma tę właściwość, że przetarte miejsce staje się brązowe, pokazując, co zostało już umyte.

[106](#) Nie było w tym kłamstwa, bo 95% to przecież więcej od pierwotnych 60%, ominięcie szczegółów było dla dobra pacjenta.

#niedziela 4 kwietnia

Wielka Niedziela, dzień Zmartwychwstania Pańskiego, wyjątkowe święto dla wszystkich praktykujących katolików. Lekarze, strażacy, policjanci i inni ludzie wykonujący zawód świadczący „usługi”, których ciągłość nie może być przerwana, nie mają świąt. Nie mam weekendów, dla mnie tydzień ma siedem dni pracujących i jak trafi się akurat wolna sobota czy niedziela, to się cieszę.

Tym razem jednak będzie wyjątkowo trudno, bo liczba dyżurów, które wziąłem, przytłacza. W moim szpitalu muszę wziąć odpowiednio dużo, a tam, gdzie pracuję dorywczo, też wypada dyżurować. Lekarz z innego województwa poprosił mnie o pomoc na „COVID-ówce”. Nie umiem odmawiać, zresztą chyba nie chcę. Jestem pracoholikiem i jak ktoś proponuje pracę, to biorę, no chyba że chodzi o przychodnię. Nie cierpię przychodni, taśmociągu ludzi przychodzących z błahymi często problemami – chociaż tam też trzeba zachować czujność, żeby czegoś istotnego nie przeoczyć. Dwa lata temu w POZ-ie¹⁰⁷ przyszedł do mnie pacjent z suchym kaszlem, a wyjechał karetką z zawałem.

– Co pana do mnie sprowadza? – powtórzyłem po raz dwudziesty w ciągu ostatnich dwóch godzin, zastanawiając się, co mnie podkusiło do pracy w wiejskim POZ-ie.

Na początku nie było źle, parę osób do zbadania i dwadzieścia kilka przedłużeń stałych leków. Z czasem gdy okazało, że każdego, kto do mnie przyjdzie, badam (a nie tylko daję skierowanie czy piszę od razu lek), to przedłużeń recept było coraz mniej, a chorych do przebadania znacznie więcej. Rejestrowano często ponad 30 osób na trzy godziny, co sprawiało, że się nigdy nie udało wyrobić do osiemnastej i zostawałem po godzinach. Nie da się zebrać wywiadu, zbadać pacjenta i wypełnić dokumentacji w sześć minut.

– Żona mnie wysłała do doktora, bo kaszlę od wczoraj, ale nic mi nie jest.

– Zbadamy, zobaczymy – powiedziałem, osłuchując pacjenta. Faktycznie osłuchowo było czyściutko, tylko serce biło nieco za szybko. Zmierzyłem ciśnienie. – 180/100... Bardzo wysokie. Choruje pan na nadciśnienie?

– A biorę jakąś jedną tabletkę, tam powinno być w dokumentacji. Wskazał na mały 16-stronicowy zeszyt z Kubusiem Puchatkiem.

W przychodni wszystkie wizyty „odbywały się” jeszcze papierowo. Swoją drogą, przyjmując jedną tabletkę od lat można by było zapamiętać jej nazwę i dawkę, bo o prowadzeniu dzienniczka ciśnienia mogą jedynie pomarzyć. To taki standard lekarski zwłaszcza przy przyjęciu do szpitala.

– Jakie leki pan bierze?

– A takie dwie małe białe i jedną żółtą. Pan doktor nie wie? To ja zadzwonię do żony, ona będzie wiedzieć.

Rozmawiałem z kolegą pracującym w Niemczech, postawa chorych generalizując jest zupełnie inna, tam przychodzi pacjent do lekarza i mówi: „Gutten Tag Herr Doctor, choruję na to i na to, biorę takie i takie leki, dolega mi to i to”. Zdyscyplinowany naród, a u nas. Ty jesteś lekarzem – lecz mnie, a co ja biorę i na co choruję, to powinieneś wiedzieć. Oczywiście to zawsze jakiś stereotyp, ale dużo w tym prawdy. Wracając do pacjenta, miałem wrażenie, że nie kaszel był powodem, dla którego przyszedł. Taki typ nie przyjdzie z czymś błahym. Powie żonie, żeby dała mu spokój i to oleje. To ten rodzaj chorego, który wychodząc łapie za klamkę i mówi takie sakramentalne zdanie: „A właśnie, panie doktorze, bo chciałbym zapytać się o jeszcze jedno...”. I to właśnie jest ta kwestia, z którą konkretnie przyszedł. W tym wypadku wyszedłem mu naprzeciw.

– A czy coś jeszcze pana niepokoi? – zapytałem, wnikliwie przyglądając się pacjentowi, był nieco podenerwowany i niespokojny.

– Jak kaszlę, to boli mnie w klatce.

– A od kiedy tak boli?

– Od wczoraj od 18.

– Od 18? – Zdziwiłem się, bo zazwyczaj pacjenci nie podają objawów z taką dokładnością – co do godziny.

– Bo jak mnie chwyciło i nie chciało puścić, to spojrzałem na zegarek – przyznał pacjent.

– Gniecie w klatce i ból idzie do lewej ręki i szyi?

– Tak.

– No dobrze, to zrobimy jeszcze EKG – powiedziałem, wiedząc już, że w zależności od wyniku chory pojedzie albo na SOR do dalszej diagnostyki, albo prosto na kardiologię.

Po obejrzeniu EKG i telefonie na zaprzyjaźnioną kardiologię pacjent wyjechał nieco przestraszony z POZ-u karetką. Zawał ściany przedniej NSTEMI, niecałe trzy godziny później miał już zrobioną koronarografię i założone dwa stenty. Byłem z siebie zadowolony, że nie umknęło mi to. Ta

koronarografia być może uchroniła go od zgonu albo pozawałowej niewydolności krążenia.

Niemniej to dyżury są moim żywiołem. Spektakularnych akcji w POZ-ie jest raczej mało, to żmudna praca u podstaw, w środowisku pacjentów, czasem wygląda wręcz jak praca przy taśmie produkcyjnej. A szpital, no tu trafiają cięższe przypadki, a każdy z dyżurów w jednej chwili może ze spokojnego zamienić się w taki generujący spory wyrzut adrenaliny.

Dziś dyżur mam w niewielkim powiatowym szpitaliku, w którym jest raptem dwadzieścia parę łóżek COVID-owych, jest też nieduży COVID-owy OIOM, ale na przerobionej na COVID internie nie ma pacjentów pod respiratorem. W porównaniu do mojego stałego miejsca pracy jest tu spokojniej.

Na porannym obchodzie spotykam starszą panią w żółtej piżamce i z włosami spiętymi czarnymi wsuwkami. Oddycha szybko i dość płytko, saturacja na masce z rezerwuarem wynosi raptem osiemdziesiąt kilka procent. Mimo zmęczenia oddychaniem uśmiecha się na mój widok. Spoglądam na kartkę z imieniem przy łóżku.

– Dzień dobry, pani Zofio. Jak się pani czuje?

– A dziękuję dobrze, jak to przed śmiercią – odpowiada staruszka i przysięgłbym, że się uśmiechnęła.

– Zbadamy się – informuję, dociągając paski od maski z rezerwuarem, aby jeszcze ściślej przylegała do twarzy.

Tlen odkręcony był na maksymalny przepływ. Strasznie trzeszczy, obustronnie – wsłuchałem się w patologiczne dźwięki wydawane przez płuca pacjentki. Pewnie tego nie przeżyje.

– Czy coś pani potrzebuje? W czymś pomóc? – pytam.

– Nie kochaneńku. Za tydzień kończyłabym dziewięćdziesiąt lat – wyznaje chora.

Godzinę później pacjentka zmarła. A w chwili, w której stwierdziłem zgon i wróciłem z dyżurki, rozbrzmiał telefon.

– Oddział wewnętrzny, słucham.

– Dzień dobry, przepraszam, wiem, że jest niedziela. Ale musiałem zadzwonić, zapytać się o zdrowie mamusi. – Męski głos rozbrzmiał po drugiej stronie, podając nazwisko pacjentki.

– Bardzo mi przykro, nie zdążyłem do państwa zadzwonić, przed chwilą stwierdziłem zgon pani Zofii.

– Rozumiem. Jak umarła? – zapytał roztrzęsionym głosem mężczyzna.

– Spokojnie i pogodnie. Jeszcze chwilę temu mówiła, że za tydzień miałyby dziewięćdziesiąt lat. Mimo że saturacja jej spadała, nie miała silnego uczucia duszności.

– Wiedziałem. Musiałem zadzwonić. Zawsze po śniadaniu wielkanocnym mama szła kroić ciasto, babkę piaskową. No, a w tym roku było inaczej. Żona upiekła babkę, ale jak wziąłem ją do ust, to ogarnął mnie taki smutek i łzy zaczęły mi same lecieć... Ja już wiedziałem – powiedział mężczyzna, rozklejając się.

– Proszę przyjąć moje wyrazy współczucia.

– Dziękuję...

Zbieg okoliczności, przeczucie? Sam nie wiem, ale poczułem się dziwnie. Starsza pani mimo ciężkiej choroby odeszła spokojnie i pogodnie, jakby wiedziała i czekała na przejście w kierunku tego, co dla żyjących spowite jest całunem niewiedzy. Gdy tak o tym myślałem, przypomniała mi się jeszcze jedna dziwna sytuacja, tym razem z mojego rodzimego oddziału. Mąż jednej z pacjentek, która została u nas zaintubowana i przekazana na OIT, wręczył pielęgniarkom wazon pełen pięknych kwiatów. Kwiaty przyniósł dla żony, ale nie mogą stać na OIOM-ie. Wazon stał na metalowej szafie z dokumentami przez siedem dni, a kwiaty wciąż wyglądały jak świeżo ścięte. Pewnego razu na moim dyżurze, kiedy rozmawiałem z pielęgniarkami przy ładzie, rozległ się głośny trzask i wazon z kwiatami rozsypał się, zalewając wierzch metalowej szafy z dokumentami. Zanim pielęgniarki zdążyły powycierać wodę zadzwonił telefon z OIOM-u z pytaniem: „Czy mamy numer do rodziny pani Teresy, bo właśnie umarła”. Było to tak dziwne, że wszystkich obecnych aż zmroziło. A przecież nie mógł to być wiatr, bo wszystkie okna były zamknięte, wazon po prostu się rozleciał.

Tego dnia w Wielką Niedzielę tajemnicę śmierci poznały jeszcze dwie osoby, choć ich odejście nie było tak spokojne i pogodne jak pani Zofii.

#wtorek 6 kwietnia

Przerażenie, lęk przed śmiercią, uczucie braku powietrza i rozpierania w klatce piersiowej powodowane przez maszynę do wentylacji nieinwazyjnej na maksymalnych ustawieniach. Często fizyczny ból towarzyszy szybkim ruchom mięśni oddechowych i pracy zmęczonych, zwłókniałych płuc. To czują intubowani pacjenci. Czasami płaczą,

zapadając w farmakologiczny sen, ciemną pochłaniającą nicość, z której tak niewielu udaje się wydobyć. Trzy zastrzyki fentanyli, propofolu i scopolinu sprawiają, że po kilku sekundach nie istniejesz, jesteś zawieszony w niebycie, z którego dziesiątki osób w kolejnych dniach będą starały się cię krok po kroku wyciągnąć, bez udziału twojej świadomości. Maszyna oddycha za ciebie, masz w ciele liczne rurki, oplatają cię przewody. Twoje parametry życiowe są stale monitorowane, jesteś całkowicie zależny od innych. Pielęgniarki ocierają ci z czoła pot, podcierają tyłek, myją całe twoje ciało mokrymi ściereczkami. Na oczach masz położone wilgotne gaziki tak, aby powieki, które czasem się nie domykają, nie wysychały. Jedną rurką wychodzi mocz, inna doprowadza jedzenie, jeszcze inna służy do pobierania krwi czy podawania leków. Co kilka godzin, a czasem i częściej, rurkę, którą oddychasz, odsysa się ssakiem z zalegającej wydzieliny. Co kilkanaście godzin wiele osób podejmuje wysiłek przełożenia cię na brzuch lub plecy. W COVID-zie zmiana pozycji jest bardzo istotna, chorzy lepiej wentylują się na brzuchu. Zapobiega to też odleżynom, bo przecież sam się nie poruszysz i nie powiesz, że coś cię boli czy gniecie. Jesteś nieświadomy tego, co się dzieje, pielęgnowany jak roślina, której ostrożny ogrodnik nie chce stracić.

Jak zatem wygląda pobudka z niebytu?

– Budzimy dzisiaj pana Michała, od rana ma „wyłączone spanie”. Zostaje tylko nieco dexdoru – powiadomił nas szef.

Ten pacjent został zaintubowany parę dni temu i udało się na tyle poprawić parametry wentylacji, że ordynator podjął decyzję o wybudzeniu.

– Nie ma tacheostomii, więc zanim wyciągniecie rurkę musi w pełni współpracować i mieć odruch kaszlowy – kontynuował szef, przekazując informację dla dyżurnych.

Do tej pory tylko raz próbowałem wybudzać chorą spod respiratora, bez rezultatu. Nie chciała się obudzić, miała za bardzo uszkodzony mózg, a jej ciało przeszło w stan wegetacji, gdyż tylko najbardziej pierwotne z ośrodków w centralnym układzie nerwowym ocalały. Oddychała ze wsparciem respiratora samodzielnie, ale bez świadomości, tej nie odzyskała i nigdy się nie obudziła. Zazwyczaj wybudzenia są na OIOM-ie, ale odkąd u nas zaczęło być dużo respiratorów, wybudzenia będą coraz częstsze – efekt skali.

To nie jest tak jak na filmach, że podaje się pojedynczy zastrzyk i chory otwiera oczy. Tu to trwa i trwa; to jest powrót po długiej podróży do domu.

Gdyby chory miał tracheostomię, byłoby to prostsze. Anestezjolodzy zakładają taką po zgodzie sądu, kiedy pacjent jest za długo zaintubowany. Rurka wychodzi wtedy przez szyję sztucznie wytworzonym otworem na zewnątrz, a nawet po wybudzeniu możemy wspomagać oddychanie pacjenta maszyną. Wówczas może trwać to nawet do końca życia w ośrodku paliatywnym prowadzącym wentylację, zazwyczaj jednak kończy po kilku dniach. Jest to dyskomfort, nie można wtedy nic mówić, ale oddycha się dobrze. W przypadku rurki położonej normalnie, przez gardło i usta, nie możemy sobie na to pozwolić, bo nikt tego uczucia przez dłuższy czas nie zniesie.

Mężczyzna zaczął się budzić już koło godziny czternastej, nie otwierał jeszcze oczu, ale maszyna wskazywała, że większość jego oddechów jest już samodzielna. Powoli zaczął ruszać rękoma. Na razie nie reaguje na polecenia, nie otwiera oczu. Jego ciało się budzi, choć umysł jeszcze śpi...

Ręce chorego trzeba było unieruchomić, tak aby przypadkiem nie sięgnął do przeszkadzającej mu rurki intubacyjnej. Ostatnia rzecz, jaką byśmy chcieli, to to, żeby w jakimś przebłysku spróbował wyciągnąć sam sobie rurkę lub rozłączył układ, a biorąc pod uwagę relatywnie krótki czas, który spędził pod respiratorem, a więc i potencjalnie mniejsze zaniki mięśniowe, byłoby to możliwe. Czekamy...

Około piątej rano, w końcu najlepiej wstawać o świcie, zadzwonił pielęgniarz.

– Już czas, jest gotowy... – powiedział spokojnym głosem.

Na sali, na którą weszliśmy, w pozycji półsiedzącej na wysoko podniesionym wezglówiu leżał pacjent i leniwie wodził po nas wzrokiem. Razem z koleżanką zaczęliśmy go badać i sprawdzać, czy możemy wyjąć rurkę.

– Proszę otworzyć oczy i spojrzeć na mnie, ścisnąć moje ręce. Proszę ugiąć nogi w kolanach, poruszać stopami. O tak, jedna potem druga... – powiedziałem, a pacjent wykonał powoli wszystkie polecenia. – Witamy z powrotem! Zaraz usuniemy tę przeszkadzającą rurkę – oznajmiłem i szybko dodałem do pielęgniarza. – Weźmy wózek reanimacyjny, rurkę osiem i laryngoskop. Tak na wszelki wypadek.

Lubię być przygotowany na każdą okoliczność, choć liczyłem na to, że nie będę musiał chorego znowu intubować. To się czasem zdarza.

Posadziliśmy chorego, a Grzesiek zaczął odsysać ssakiem treść z jamy ustnej i znad balonu rurki. W trakcie jej wyciągania nie możemy dopuścić

do tego, żeby pacjent się zakrztusił wydzieliną albo zwymiotował, choć po prawdzie nie miałby czym, bo żywienie dojelitowe miał dawno wstrzymane.

– Proszę kaszleć, jak będziemy wyciągać, kaszleć energicznie – powiedziała koleżanka, a ja usunąłem rurkę.

– Założymy teraz maseczkę z tlenem. Słyszysz pan?

– Tak... – odpowiedział po raz pierwszy od wielu dni, słabym głosem chory.

– Cieszymy się, że pana widzimy – powiedziałem z radością.

To pierwsza osoba, którą kojarzę, że od początku do końca była prowadzona u nas na respiratorze bez przekazania na OIOM i udało się ją wybudzić w dobrym stanie.



„Jeśli to widzisz to właśnie wybudziłeś się spod respiratora”.
Fot. kolekcja własna

#piątek 9 kwietnia

Miejsc nie ma, to żadna nowość. Oddział robi się przeraźliwie „ciężki”. Na początku kwietnia mieliśmy prowadzić czterech pacjentów „na respiratorach”, dzień później sześcioro i szef się zarzekał, że ani jednego więcej. Dwa dni później było już ośmiu, przy czym zajęte są wszystkie respiratory nieinwazyjne i w użyciu jest połowa maszyn do wysokoprzepływowej tlenoterapii. Finalnie wczoraj było dziewięciu pacjentów, w tym ośmiu „na respiratorach” stacjonarnych i jeden na

transportowym. Ordynator powiedział, że ściągnie jeszcze dwa stacjonarne respiratory, żeby były na wszelki wypadek, ale jakoś w to nie wierzę. Jeśli będą, to natychmiast wejdą do użytku, bo chorych „na rurze” przybywa. A powoli robi się to ponad nasze siły, dlaczego inne oddziały nie prowadzą tak pacjentów? Bo się nie znają? My też się nie znaliśmy, trzeba było się nauczyć. Jak będziemy brać wszystkich „na respiratorze” z całego szpitala i okolic, to fizycznie zajdziemy siebie i pielęgniarki. W innych szpitalach, gdzie pracuję, jak pacjenta trzeba zaintubować, to szuka się mu miejsca na oddziałach intensywnej terapii. A u nas interniści wezmą i rozwiążą problem.



Covidowa sala intensywnego nadzoru na internie.
Pacjenci monitorowani, wentylowani mechanicznie, z krwawym pomiarem
ciśnienia.
Fot. kolekcja własna

Trafiła do nas 63-letnia kobieta z nowego zakaźnego w ciężkim stanie. Nie dość, że ma niewydolność oddechową, to zaraz po przekazaniu zaczęła manifestować wstrząs septyczny. Septyczna była już trzy dni, co potwierdzają wpisy w obserwacjach: „Pacjentka w stanie ciężkim, brak miejsc w szpitalu modułowym”, tak jakbyśmy byli wyższą instancją, a poza nami nic więcej nie było. Kobieta wygląda na młodszą o 15 lat niż jej wiek metrykalny, szczupła, bez żadnych obciążeń. Dwie godziny po przekazaniu trzeba było ją intubować, stabilizować i walczyć o jej życie. Nie ma do cholery innych oddziałów w województwie? Przez trzy dni na pewno znalazłoby się jakieś miejsce.

Na naszym OIOM-ie umarły dziś dwie osoby i mieliśmy przekazać im dwoje naszych pacjentów „na respiratorach”. Przekazaliśmy chorego, u którego dodatkowo nerki przestały pracować, i mieliśmy przekazać innego, ale pani ze wstrząsem septycznym przesunęła go w kolejce. Są w porównywalnym wieku, choć ona jest mniej obciążona przewlekle, no i kurewsko niestabilna. Po zaintubowaniu i wentylowaniu 100% tlenem, przy wysokich ciśnieniach utrzymywała saturację tylko w pozycji na brzuchu. Nie trzymała wcale ciśnienia, mimo wlewania w nią ogromnych ilości płynów i dwóch podnoszących ciśnienie amin presyjnych. 80 na 60, wyżej nie podskoczy. Przy takim ciśnieniu zaraz zatrzymają się nerki, bo nie będzie odpowiedniego przepływu krwi potrzebnego do filtracji moczu. Musiała trafić do „ojomitów” jak najszybciej...

– Rozumiem, proszę przekazywać pacjentkę – odpowiedziała doktor Wilga.

– Transport zaraz będzie, przełożymy pacjentkę na plecy, przełączę ją na transportówkę i jedziemy – odpowiedziałem.

Podłączyłem pacjentkę do transportowego respiratora z SOR-u, ale jej nie za wysoka na plecach saturacja zaczęła stopniowo spadać, nie chcąc się zatrzymać. Znowu przyłączyliśmy się na naszą stacjonarną Bellavistę.

– Kurwa mać... Spada – wypowiadam na głos oczywistość i sprawdzam jeszcze raz ustawienia transportówki. Chora odbijała powoli do góry na naszym sprzęcie. – Tu jest wszystko dobrze, 100% tlenu, objętość,

ciśnienie, zwiększyłem nieco częstość oddechów – mówię trochę do siebie, a trochę do doktor Ani.

Podłączyliśmy ją jeszcze raz i dalej to samo.

– Nie pojedę z nią na tym, jak to tak spada. Spróbujmy na innym – proponuje koleżanka.

– Nie mamy innego. Philips ma tylko te chujowe rury z tą dużą zastawką, to się do nieinwazyjnej nadaje, a tu nie da rady... – odpowiedziałem smętnie.

Stabilizujemy pacjentkę, nie wychodząc ze strefy brudnej już od kilku godzin. Jestem zły, głodny, chce mi się siku i strasznie pić. To wszystko musi poczekać.

– To może toster?¹⁰⁸

– Toster? Przecież jak Dräger¹⁰⁹ z karetki nie dał rady, to tym bardziej toster.

– Doktor, może spróbujemy, ten nasz transportowy to stary szmelc, a mamy jeszcze przekazanie pacjenta z ostrą trzustką na chirurgię do Lwiej Góry – powiedziała ratowniczką z transportu.

– To nie zadziała, ale niech będzie – przytaknąłem, kalibrując toster. Miał o tyle ciekawe rozwiązanie, że PEEP ustawiało się mechanicznie, kręcąc grzybką zastawki przy silikonowej rurze. – Spada... – powiedziałem beznamyślnie i przełączyłem pacjentkę z powrotem na respirator stacjonarny.

W mojej kieszeni rozległy się wibracje.

– Jak z tą pacjentką ? Czekamy w kombinezonach – zapytała anestezyjolog.

– Pani doktor, walczymy, nie możemy jej ustabilizować do transportu. Próbowaliśmy na naszych transportowych respiratorach, ale leci jej saturacja.

– Dajcie znać, jak będziecie jechać. Może weźmiecie od nas transportowy. Zadzwońcie do doktora Shota.

Piętnaści minut później do sali w kombinezonie przyszedł energicznym krokiem doktor Shot, pod pachą trzymał równie pomarańczowego jak ten karetkowy Dräger, a ja zastanawiałem się, czy faktycznie to kwestia moich ustawień, czy chora po prostu nie daje rady na transportówkach.

– Doktorze, próbowaliśmy ją podłączyć pod Drägera z karetki i toster, ale saturacja ciągle spadała – zrelacjonowałem parametry i wartości, jakie ustawiłem, oraz co udało nam się osiągnąć.

- Toster? – zapytał zdziwiony.
- No toster, pokazałem mały respirator transportowy.
- Nie wygląda solidnie – ocenił, oglądając skrzyneczkę.
- Ale na krótkie przewozy daje radę – broniła zajadle urządzenia koleżanka.



Pacjent wentylowany w „prone position” z założonym drenażem jamy opłucnowej z powodu odmy.
Fot. kolekcja własna

Faktycznie na tosterze robiliśmy całą przewodzkę ze starego budynku szpitala i jakoś było dobrze. Świetnie też sprawdza się jako backup na wypadek awarii respiratora transportowego w karetce, no i jest mechaniczny. Nie wymaga zasilania innego niż tlen.

Doktor Shot podłączył swój transportowy respirator i... To samo, leci w dół. Znowu przepieliliśmy się na stacjonarkę.

– U nas umrze, ma wstrząs septyczny, pewnie zaraz siądą jej nerki, o ile już się to nie stało, w worku od kilku godzin jest niezmiennie 200 mililitrów moczu.

Popatrzyliśmy na siebie, a anestezjolog wzruszył ramionami i ze stoickim spokojem powiedział:

– No to będziemy musieli biec. Przekładamy panią na nosze i do ostatniego momentu trzymamy ją na stacjonarce.

– Pójdę odpalić silnik – powiedział ratownik.

Pojechali. Droga na OIT nie jest długa, to drugi budynek. Trzeba wyjechać noszami z naszego modułu, zapakować pacjentkę do karetki, przejechać jakieś 150 metrów po wyboistej dróżce wzdłuż czerwonych murów szpitala, zakręcić dwa razy i trafiało się do windy, która prowadziła wprost na OIOM. Normalnie dziesięć minut, ale jak się sprężą, to zajmie im pięć.

Rozpoczęliśmy wieczorny obchód, wciąż marzę o kubku kawy czy pobycie w toalecie – normalnie rozpoczynamy go godzinę wcześniej. U pacjenta pod NIV-em, którego wybudziłem razem z doktor Julią spod respiratora, przejściowo pojawiły się problemy z oddychaniem i trzeba było powrócić do wentylacji nieinwazyjnej, ale parametry miał bardzo dobre. Rano będzie można powrócić do tlenoterapii biernej. Ten chory to sukces oddziału, zaintubowany i podłączony do respiratora u nas, z całą terapią w oddziale i wybudzony. Udało się szybko poprawić jego stan, więc nie doczekał się przekazania na intensywną terapię.

Cieszę się, że czasem się udaje u tych najciężej chorych pokonać przeznaczenie, to nadaje sens temu, co robimy, i motywuje do pracy. A to trzecia w tym momencie wybudzona z respiratora osoba w dobrym stanie na oddziale. Jedna wychodzi w poniedziałek bez tlenu do domu, a druga niedawno przekazana z OIOM-u leży na sali obok.

Kobieta siedząca w kolejnym pokoju miała upięte włosy i czytała książkę. W nosie znajdowały się kaniule od HNFC, a saturacja na monitorze wskazywała 95%. Uważny obserwator zauważył, że na szyi znajduje się

opatrunek zasłaniający zarastający otwór po rurce tracheostomijnej. Ta kobieta została wyciągnięta z grobu i ma się naprawdę dobrze.

– Dobry wieczór – powiedziała, zamykając książkę.

– Dobry wieczór – odpowiedzieliśmy chórem z doktor Anią. – Jak się pani czuje?

– Wspaniale.

– Właśnie widzę, chyba nie potrzebuje pani tlenu – dodałem, zauważając, że drenik doprowadzający tlen z reduktora się obłuzował i wypadł. Chora oddychała powietrzem atmosferycznym, choć w większym przepływie. – Nie robiło się duszno?

– Nie, jest mi dobrze, czuję, że niedługo pójdę do domu.

– To dobrze, zaraz zmienimy tlen na zwykłe wąsy w niewielkim przepływie. Poza tym wspaniale panią widzieć w takiej kondycji, no i głos ma pani silny i czysty.

– A mógł być inny? – Pacjentka się zaśmiała.

– Czasem rurka drażni struny głosowe, po tym bywa słaby i chrapliwy – odpowiedziałem. – Przynajmniej na początku.

– Tak się zapytam. To pan? Pamiętam to jak przez mgłę, ale czy to był pan?

– Tak. Ja zakładałem pani tę maskę i pytałem, czy się pani zgadza na intubację.

– Było was dwóch? Czy mi się wydaje? Miałam chyba halucynacje i niewiele pamiętam.

– Tak, był też ordynator chorób zakaźnych, to on mnie wezwał.

– Ordynator... A pan kim jest?

– Ja? – Nie spodziewałem się takiego pytania. – Jestem zwykłym „szarym” rezydentem chorób wewnętrznych – powiedziałem ze śmiechem, nawiązując do koloru mojego uniformu.

– Rezydentem? – Kobieta wyglądała, jakby była w szoku.

W sumie rezydenci byli przez ostatnie lata przedstawiani w mediach głównego nurtu jako uczący się lekarze, którzy tylko chcą strajkować.

– Dziękuję... że pan mnie namówił na intubację. Strasznie się bałam, ale dzięki wam i opatrności Bożej żyję. My jesteśmy bardzo wierzący, cała rodzina się modliła, ale przecież to Bóg działa poprzez ręce lekarzy – mówiła wzruszona.

Idąc tym tokiem rozumowania, Bóg zesłał tego pieprzonego wirusa i słabo nami steruje, skoro 90% ludzi pod respiratorem umiera –

pomyślałem, ale nie dałem tego po sobie poznać.

– Niewiele pamiętam... Ale pamiętam, że trzymał mnie pan za rękę, była taka ciepła, głaskał mnie pan po włosach i mówił, że będzie dobrze...

– Jest dobrze. Tak jak obiecałem – odpowiedziałem, wciąż się uśmiechając.

Ile takich cholernych obietnic nigdy nie udało mi się dotrzymać? Nie liczyłem, choć twarze chorych patrzących na mnie z nadzieją przed farmakologicznym snem przewijają się czasem w mojej głowie.

Tę panią pamiętam doskonale. Z jakiegoś powodu dyżurny zakaźnik zadzwonił do nas zamiast do anestezjologów, że pacjentka na HNFC ma 55% saturacji i nie ma co z nią zrobić. Wziąłem NIV pod pachę i pobiegłem. Na salę dotarłem w samej maseczce chirurgicznej – nie było czasu zakładać fartucha. Stan chorej gwałtownie się załamał i kiedy zakładałem jej maskę od NIV-a, była półprzytomna i miała tylko 47% saturacji. Udało się ją podbić na 80% i ustalić przekazanie na OIOM. Mieli tam miejsce dla nas, ale jako że ta pacjentka była młodsza od chorego, którego my prowadziliśmy parę dni na respiratorze i potencjalnie lepiej rokowała, to odwołałem naszego pacjenta. Dzisiaj ponad dwa tygodnie od tego zdarzenia nie żałuję swojej decyzji, dzięki anestezjologom ta kobieta żyje.

– Oddaję pompy! – krzyknęła ratowniczka z transportu na nasz widok.

– Dojechaliście? Ile miała? – zawołałem.

– Dojechaliśmy. Pięćdziesiąt dziewięć procent, jak ją przełączyli.

– Dzięki! Do niezobaczenia!¹¹⁰ Mam nadzieję.

– Do niezobaczenia.

– Muszę przyznać, że doktor Shot ma *grandes cojones*.

– No, chyba ze stali... Ja bym nie pojechała z taką desaturującą. – Doktor Ania kiwnęła głową.

Roześmialiśmy się i jakoś się zrobiło lżej... Całe kumulowane dzisiejszego popołudnia napięcie zeszło, problematyczna pacjentka jest teraz w rękach kolegów, możemy odpocząć.

– Doktorze, pacjent na „ósemce” desaturuje... – zawołała pielęgniarka.

No tak, odpocząć – nie w tym oddziale.

– Już idziemy! – odpowiedzieliśmy chórem.

#

Przez większość nocy biegaliśmy po oddziale do licznych interwencji, najwięcej na „erkach”, gdzie leżeli zaintubowani. Czasem potrzebowali podkręcenia ciśnienia i tlenu, czasem zredukowania ciśnienia i tlenu, czasem „zwiota”¹¹¹, a czasem innej interwencji. Czwórka „respiratorowców” kumulowała dwutlenek węgla i prosta hiperwentylacja nie pomagała. Trzeba było trochę się namęczyć, żeby uzyskać w kolejnych gazometriach tendencję spadkową dwutlenku węgla. Zauważyłem dziwne rękawiczki z wodą przymocowane do rąk pacjentów „na respiratorach”.

– Co to? – zapytałem pielęgniarki.

– Napełniamy je ciepłą wodą co jakiś czas, żeby było jakby ktoś trzymał go za rękę – odpowiedziała Dominika.

– Dziękuję. To piękne... – stwierdziłem i choć nie pokazałem tego po sobie, to wzruszyłem się. Cieszę się, że mogę z nimi pracować, są niesamowite. Skąd biorą takie pokłady empatii przy tak skrajnym zmęczeniu, jakie u nas panuje?

Bo w tym całym pandemicznym zamieszaniu i ciężkich stanach są panie pielęgniarki, to właśnie one wraz z opiekunkami pielęgnują naszych pacjentów, myją ich, dbają o to, żeby nie dostali odleżyn, przebierają. Czasem jednak jedyne, co można dla chorego zrobić, to podać mu zleczone leki i choć przez chwilę z nim porozmawiać, uspokoić, potrzymać za rękę – to naprawdę jest potrzebne tym duszącym się, przerażonym i osamotnionym ludziom.

Weronika i Dominika w trakcie pracy na salach intensywnego nadzoru, gdzie leżą zaintubowani pacjenci, wykorzystały pomysł pochodzący z Brazylii¹¹² i chciały sprawić, żeby chorzy w śpiączce farmakologicznej również mieli przynajmniej wrażenie, że ktoś ich trzyma za rękę. Jest to fizycznie niemożliwe, bo nikt z rodziny do nich wejść nie może, a personelu jest za mało. Dlatego wypełniły rękawiczki ciepłą wodą i powiązały je, aby symulować dłoń członka rodziny. Bliscy codziennie dzwonią, martwią się, czasem płaczą przez telefon, chcieliby być z chorymi choć na chwilę, a nawet nie mogą ich potrzymać za rękę. Teraz do myśli możemy dołączyć ciepło dłoni.



„Ręka Boga”.
Fot. kolekcja własna

#poniedziałek 19 kwietnia

Po wejściu do dyżurki zastałem wyraźnie zmęczonych kolegów. Na ich twarzach ulga, „bo to już koniec dyżuru”, mieszała się ze zmęczeniem i współczuciem dla nas, wchodzących teraz w to bagno. Chyba się powoli wypalam, bo nie przychodzę do pracy z radością i energią, jaką praca do tej pory mi sprawiała. Może za dużo wziąłem sobie na głowę, a może mam już dość beznadziejnych przypadków, jakie ściągamy z całej okolicy. Ktokolwiek się załamię ze 170 łóżek w szpitalu trafia do nas. Odcinek A, jak go zostawiliśmy razem z doktor Anią w piątek, był tak ciężki, że tylko jedną lub dwie osoby można byłoby przenieść na „łżejsze” B. W piątek było dziewięciu pacjentów „na respiratorach”, w tym jeden również na sztucznej nerce, która nam wszystkim spędza sen z powiek. Kolejnych

kilku chorych na NIV-ach i HNFC, generalnie jeden wielki OIOM, a do tego również średnio i lżej chorzy pacjenci.

Informacje o trzech zgonach naszych podopiecznych pod respiratorami przyjęliśmy bez emocji. Ich stan był bardzo ciężki już dwa dni temu i nie mieli dobrych rokowań. Dopadły mnie wyrzuty sumienia, kiedy na wieść o śmierci pacjenta „na nerce” poczułem ulgę, że tej przeklętej maszyny na razie na dyżurze nie będzie. To staje się już tak bardzo monotonne, że powoli przestaję reagować na śmierć pacjentów pod respiratorem. Owszem robię wszystko dla nich, co mogę, i odczuwam pewną zadowalającą mnie biegłość w obsłudze każdego respiratora na oddziale. Może z wyjątkiem chińskich Amouli, których nie używamy, bo do wentylacji pacjentów się nie nadają. Dostaliśmy kilkanaście sztuk na przełomie listopada i grudnia, ale to nieużyteczny złom. Raz jeden awaryjnie próbowaliśmy podłączyć i respirator transportowy okazał się lepszym rozwiązaniem. Ten sprzęt nawet po oficjalnej kalibracji nie trzyma zadanych parametrów. Tak jakby jego twórca inspirował się zasadą nieoznaczoności Heisenberga dotyczącą natury cząstek kwantowych. Otóż nie można jednocześnie oznaczyć z ogromną dokładnością położenia i pędu cząsteczki. Im dokładniej chce się oznaczyć jedną wartość, tym bardziej niedokładny jest pomiar drugiej i nie wynika to z niedokładności pomiaru czy niedoskonałości instrumentów pomiarowych, a z samej natury rzeczywistości. Tak tu albo chce się mieć zadane ciśnienie i to chińskie gówno nie trzyma objętości, albo zadana objętość generuje za duże ciśnienia. Tak nie działają respiratory, to chore, że nie można ustawić dobrze jednego i drugiego, stąd po pierwszej krótkiej próbie, kiedy pacjentka natleniała się gorzej niż na ręcznej wentylacji, a respirator nie trzymał objętości, sprzęt został porzucony i mimo że fajnie wygląda, od miesięcy kurzy się w głębi korytarzyka. Na szczęście mamy inny o wiele lepszy, a tym cóż, nawet psa bym nie wentylował, a co dopiero człowieka. Zresztą owe Amoule otrzymane z Agencji Rezerw Materiałowych po chwytnym artykule „płuca wybuchają” dotyczącym właśnie błędów w kalibracji i nieprawidłowo podawanych objętości ochrzciliśmy Abdulami. Powstał nawet niewybredny żart dotyczący tego, co zrobimy, jak skończą się wszystkie prawdziwe respiratory, to żeby się trochę „rozerwać” można podłączyć Abdula.



Nie używane respiratory z głębi korytarzyka.
Fot. kolekcja własna

#

Dziś umarły dwie osoby „na respiratorach”, z maksymalnie eskalowaną terapią, bez szans na jakąkolwiek poprawę. Nawet nie chcę o tym wspominać. Nie mam siły. To kolejne osoby, które zabrał nam wirus mimo wielodniowej walki, obie nieobciążone, po pięćdziesiątce. Czyli z dziewięciu pacjentów „na respiratorach”, którzy byli w piątek do godziny piętnastej, w niedzielę nie żyło pięciu. To przygnębiające i wypalające. Mam dość. Właśnie stwierdziłem zgon jednego chorego i poprawiałem

nastawy kolejnego nierokującego pacjenta pod respiratorem, gdy przybiegła pielęgniarka z informacją o zatrzymaniu. Chodziło o niedawno wybudzonego pacjenta, którego z takim entuzjazmem powitałem ponownie wśród żywych – nie oddychał, leżał bez akcji serca. Kiedy słyszę o zatrzymaniu krążenia, biegnę od razu, bo liczą się sekundy. Na szczęście sala, na której się to zdarzyło, była blisko.

Przy łóżku chorego wszystko działało jak w automacie. Po tylu miesiącach walki wystarczy słowo, a czasem myśl, żeby wszystko grało jak w zegarku. To zasługa zespołu zaprawionego w bojach, dziewczyn, które setki razy reanimowały chorych. Zanim zdążyłem ściągnąć zagłówek łóżka, żeby przygotować się do intubacji, Weronika przyciągnęła wózek reanimacyjny i szykowała adrenalinę. Musiał zatrzymać się przed chwilą, bo dopiero twarz mu siniała. Minęło może 30–40 sekund od czasu, kiedy ratownik, który go znalazł, podjął masaż klatki i wszystkich powiadomił.

Odchyliłem głowę, wyciągając poduszkę, ma swoje zęby i szczelina między nimi jest dość wąska, może być ciężko – pomyślałem.

– Rurka osiem – rzuciłem w przestrzeń, oceniając chorego i w mojej lewej ręce wylądował laryngoskop, a w prawej rurka. – Ledwie zobaczyłem nagłośnię, ale się udało. Jestem w środku. – Uszczel... – zacząłem, ale Dominika już wypełniała powietrzem dren do balonika uszczelniającego rurkę.

W międzyczasie dziewczyny podpięły lifepacka, Krzysiek uciskał klatkę, a pielęgniarka obok stała z adrenaliną w ręce.

– Sprawdzamy rytm i położenie rurki – zakomenderowałem, co spowodowało, że na parę krótkich sekund przestaliśmy uciskać klatkę. Rurka położona była nieco za głęboko, słyszalna jedynie w prawym oskrzelu, osłuchując błyskawicznie skorygowałem położenie i słyszałem ją w obu, można było zatem ufiksować bandażem.

– W zapisie asystolia. Adrenalina i jedziemy dalej. Domcia, pilnujesz adrenalin? – zapytałem.

– Tak, następna o piętnastej siedemnaście – powiedziała, zerkając na zegarek.

Szkoda mi było pacjenta, saturacja w trakcie masażu rosła nawet do 80%, ale gdy tylko jakość uciśnieć klatki piersiowej spadała, wraz ze zmęczeniem ratownika, było widać, jak i ona leci w dół. Pokonał COVID, wybudził się z respiratora i teraz się zatrzymał, Bóg jeden raczy wiedzieć z jakiego powodu. Kolejna asystolia i kolejna adrenalina, cóż

szans za bardzo nie ma. Ale zgodnie ze sztuką będziemy robić wszystko, żeby przywrócić go do życia w ciągu najbliższych 30 minut, dopiero ponad 20 minut asystolii upoważnia nas do odstąpienia od dalszych czynności reanimacyjnych. Po 23 minutach akcji reanimacyjnej i tuż przed 5 adrenaliną, kiedy klatkę uciskała pani Dominika, zapis w trakcie oceny rytmu się zmienił, pojawiły się dość częste zespoły QRS około 120/minutę.

– Czuję tętno na szyjnej, wyraźnie – powiedziałem nieco zdziwiony.

Pacjent zaskoczył, choć nie dawałem mu szans.

– To dlatego, że masowałam mu serduszko – odpowiedziała Dominika ze śmiechem.

– Przy pani to wszystkim chłopom serca mocniej biją – odrzekłem, a wszyscy zarechotali.

Stres związany z reanimacją odpuścił. Jakże dziwny musiał być to widok – ludzie skupieni, mechanicznie zgrani w wykonywanych czynnościach, z kapiącym od wysiłku potem walczący o życie pacjenta, po chwili śmieją się w rytm pikania monitora mówiącego o tym, że serce chorego bije. I dobrze, triumf życia nad śmiercią powinien zawsze być radosny.

– Zmień mnie przy wentylacji, muszę skalibrować respirator – poprosiłem koleżankę, a ta przejęła uciskanie worka AMBU.

– Spanie? – zapytałem retorycznie

– Już jest zrobione. Robię levonor – odpowiedziała Weronika.

Podpinając pacjenta pod maszynę, która będzie za niego oddychać, mój entuzjazm przygasł. Był zatrzymany i reanimowany 20 minut. Zaskoczył, bo płuca zdążyły się zregenerować nieco podczas leczenia, ale co się zadziało w głowie, tego nie wiem. Dowiem się, jeśli w przyszłości uda się go kolejny raz wybudzić. Jeśli... Cóż zobaczymy.

Rozejrzałem się po sali. Niedaleko leży i patrzy na nas inny wybudzony spod respiratora pacjent. Mam wrażenie, że ma pewien deficyt neurologiczny po pobycie „na rurze”. W jego wzroku nie widać emocji, równie dobrze mógłby gapić się na ścianę i przejawiać podobny rodzaj braku reakcji.

Zerkam na maszynę, żeby sprawdzić parametry zatrzymanego. Objętości dobre, saturacja 100%, co oznacza, że płuca są w zdecydowanie lepszym stanie niż u większości intubowanych pacjentów. To logiczne. On już COVID przeszedł, jego płuca w trakcie respiratoroterapii zdołały się poprawić na tyle, że dwa tygodnie temu wybudziliśmy go spod respiratora. Dlaczego się zatrzymał? Nie wiem, będę to drążyć w kolejnych godzinach,

nie znajdując odpowiedzi na to pytanie. Po prostu albo przestał oddychać, albo serce przestało bić.

Wyjeżdżając łóżkiem z sali, napotkałem wzrok innej pacjentki. Przeniosłem ją z oddziału zakaźnego dwa dni temu, gdzie nie dawała rady na high-flow. Tu los nie oszczędził jej wrażeń. Kilka godzin po przeniesieniu na jej sali zatrzymała się pacjentka, wspomniana przeze mnie na wstępie książki. Teraz więc ona sama jest przerażona i bezsilna – była świadkiem kolejnego zatrzymania. Żałuję, że nie miałem czasu, żeby oszczędzić jej traumy oglądania reanimacji. To znajoma moich rodziców, jeszcze nie tak dawno energiczna bizneswomen, liderka sprzedaży w swojej branży. Dziś oddycha za pomocą respiratora nieinwazyjnego. Oddech wciąż sprawia jej trudność, nie wie, czy jutro będzie odrobinę łatwiej. A może będzie kolejną osobą do intubacji? Oby nie...

Wjeżdżamy na salę intensywnego nadzoru z chorym, na drugim łóżku leżą nie do końca zapakowane zwłoki. Mogą poczekać, musimy zamonitorować pacjenta i podłączyć. NZK zawsze mobilizuje większość sił na odcinku. Potem pielęgniarki dokończą pakowanie, żywi mają priorytet.

Chory jest stabilny, na ile może być pacjent po zatrzymaniu krążenia pod respiratorem. Nie traci ciśnienia. Po dokładnym obejrzeniu ciała odstępuje od próby założenia wkłucia centralnego do żyły udowej, po jednej stronie jest krwiak, a po drugiej sączące otarcia, prawdopodobnie odparzenia po poprzednim plastrze przykrywającym usunięte wczoraj wkłucie centralne. Ani ja, ani doktor Ania nie założymy centrali do żyły szyjnej czy podobojczykowej.

Wybieram numer dyżurnego anestezjologa.

– Dzień dobry, doktorze, mam prośbę o założenie wkłucia centralnego u pacjenta po NZK. Niestety do uda nie mogę – zwracam się z prośbą do doktora Króla.

– Teraz nie mogę, właśnie zaintubowałem pacjenta na neurologii i będę mu zakładać wkłucie. Dyżurny chciałby z panem porozmawiać – poinformował anestezjolog.

– Dzień dobry, doktorze, młody mężczyzna nam się załamał. Macie miejsce? – Usłyszałem spokojny głos doktora Łyko.

– Mamy, aczkolwiek jak młody to może lepiej poszukać mu OIOM-u w okolicznych szpitalach? Jak dwa najbliższe nie będą mieć, to weźmiemy – zasugerowałem.

– Dobrze. Nasi powiedzieli, że będzie pierwszy w kolejce, jak ktoś się u nich „wypisze”.

– Jak doktor uważa. Dajcie ze 20–30 minut, musimy ogarnąć miejsce po zgonie.

Pół godziny później w asyście anestezjologa i dyżurnego neurologii przywieziono chorego. Łóżko było zdezynfekowane, umyte, pokryte śnieżnobiałym wykrochmalonym prześcieradłem. Respirator na nowo przygotowany, skalibrowany. Tylko delikatna gryząca w nos woń środków dezynfekcyjnych mogłaby sugerować, że zaledwie kilka minut wcześniej zabrano stąd ciało. Mógłbym przysiąc, że jest jeszcze ciepłe, choć to pewnie złudzenie.

Przekładamy chorego i podłączamy, robi to anestezjolog, zresztą nie kryjąc zadowolenia, że wszystko łącznie z lekami i sprzętem jest gotowe. Dużo się zmieniło. Ja sam jeszcze w październiku i listopadzie czułem się jak błądzący we mgle, z czasem nabrałem doświadczenia i mgła się stopniowo rozwiewała.

Do sali weszła pielęgniarka, jej twarz przecinał grymas głębokiego zniesmaczenia.

– Przyszedł jakiś mężczyzna w czarnym stroju i powiedział, że w związku z wizytą premiera mamy opróżnić dwie sale respiratorowe z pacjentów.

Zamurowało mnie i zamarłem, przetrawiając usłyszane słowa. Przed chwilą skończyłem reanimację pacjenta, który jest na tej sali, wywieźliśmy zwłoki i przyjęliśmy kolejną osobę w skrajnie ciężkim stanie, i co? Chyba się przesłyszałem.

– Kogoś popierdoliło? – Zdziwiłem się, bo to nie był mój głos, a doktor Ani, choć wypowiedziała identyczną myśl, która i mnie próbowała się wyrwać na głos, gdyby nie fakt, że sama taka informacja totalnie mnie zamurowała.

– Nikogo nie będziemy przenosić pod respiratorem... – powiedziałem cicho.

– No wiem. Gdzie zresztą mielibyśmy ich przewieźć? Nie ma miejsc – potwierdziła pielęgniarka.

– Pani mu przekaze, że nikogo z „erki” nie przenosimy – powiedziałem, wracając do próby założenia dostępu do tętnicy pacjentowi.

– To jest jakieś chore... – uznała doktor Ania. – Nie zgodzę na coś takiego na moim dyżurze.

– Ja też nie.

Po chwili wróciła pielęgniarka.

– Powiedział, że jego to nie obchodzi i tak ma być zrobione. To decyzja odgórna, ma być wizytacja sal ze sprzętem – przekazała.

– Nie na naszym dyżurze. Fizycznie nie mam gdzie tych ludzi przełożyć i nie będę tego robić, bo ktoś chce sobie wejść i zrobić zdjęcie czy nagrać spot do wiadomości.

– Mają też wprowadzić psy, żeby poszukały materiałów wybuchowych – dodała.

Ręce mi opadły. Ktoś wpadł na pomysł, żeby do zamkniętego oddziału zakaźnego w tym na sale respiratorowe wprowadzić psy? Tu gdzie walczy się o sterylność, gdzie ludzie są wentylowani mechanicznie i często rozwijają oporną na antybiotyki sepsę? Tylko dla wizerunku?

– Wychodzę, idę się dowiedzieć co i jak – rzuciłem do doktor Ani.

Smętnego mężczyzny w okularach już nie było, spotkałem za to panią kierownik, której przekazałem moje spostrzeżenia, była w szoku, że ktoś wpadł na taki pomysł. Na zewnątrz budynku zebrali się przedstawiciele oddziałów i trwała „próba” do przyjęcia premiera.

Niecałą godzinę później do gabinetu przyszedł dyrektor szpitala. Lubię go, zdarza mu się często odwiedzać oddziały i rozmawiać z szeregowymi pracownikami. Ma podejście do ludzi.

– Dzień dobry, panie dyrektorze. Nie mamy gdzie przenieść pacjentów na respiratorze, poza tym to niepotrzebne narażanie ich zdrowia – wypaliłem od razu prosto z mostu. Cóż taki mam charakter.

– Neeee, to w ogóle poroniony pomysł – powiedział dyrektor, a moje emocje na te słowa opadły.

– Nie będziemy nikogo „na rurze” przenosić, kogoś poniosło, ja nawet chyba wiem kogo. – Uśmiechnął się.

– A psy?

– Żadnych psów. To przecież szpital, powiedziałem, że się nie zgadzam. Przejdą tylko służbiści¹¹³ w kombinezonach i wszystko będę sprawdzać. Czy możemy im pokazać jakąś salę? Najlepiej przy wejściu na oddział dwie sale, żeby można było zrobić je puste i oddzielić od chorych?

– Mamy pięć miejsc, z czego cztery na odcinku B, zrobię rozszady i będzie. Tylko muszę zablokować te miejsca dla SOR-u. Zostanie mi jedno ciężkie.

– To tak zróbmy – odpowiedział dyrektor.

Opróżniliśmy te sale, przenosząc lekko chorych nieco w głąb budynku, na szczęście mieliśmy te miejsca. Odkąd otworzyli oddział zakaźny na starej ortopedii i COVID-owy odcinek na chirurgii, miejsc dla łżej chorych zawsze jest kilka.

W nocy nie było najgorzej, przynajmniej u nas. Interwencji było względnie mało, więc zarówno ja, jak i Ania złapaliśmy parę godzin snu. Na SOR za to trafiło się 11-miesięczne niemowlę z COVID-em i ostrą niewydolnością oddechową. Intubacja takiego dzieciątka i transport na dziecięcą OIT na pewno były bardzo stresujące dla dyżurnego. Jestem w stanie wyobrazić sobie, że ogarniam większość ciężkich internistycznych stanów, jakie wjeżdżają na szpitalny oddział ratunkowy, ale nie widzę siebie, jak zajmuję się maleńkim duszącym się dzieckiem i je intubuję. Obym nigdy nie musiał. Dziecko przeżyło i pojechało na OIT, dzięki staraniom doktora Futerko i doktora Rambowicza. Kilkadziesiąt stron wcześniej pisałem, że czuję się gotowy na dyżurowanie w SOR-ze, chyba tylko takim, gdzie są sami dorośli. Dzieci – te malutkie istoty, mnie przerażają, zwłaszcza w ich stanach nagłych.

Rano przed szpitalem zobaczyłem rozstawiane namioty, przygotowania jak do festynu. Okazało się, że wizyta premiera była krótka. W budynku zaroilo się od „służbistów” tak, że trudno było wyjść z gabinetu. Zarówno część czysta szpitala, jak i okoliczny teren pełen był panów z białymi słuchawkami w uszach, o zimnych oczach i smutnym spojrzeniu. Nieopodal szpitala protestowała grupa z transparentami, odgradzona policją. Kilku z nich nawet spisano, za nielegalne gromadzenie się. Aż trudno uwierzyć, że są w Europie kraje, gdzie premier czy minister jeździ sobie metrem do pracy i nie wymaga obstawy kilkudziesięciu osób z ochrony. To co mnie najbardziej uderzyło w tym całym politycznym spektaklu, to brak obecności starosty i prezydenta miasta. Nie zostali zaproszeni.

#Marek wychodzi

Wchodzę do sali w strefie B – tu gdzie leżą łżejsi pacjenci.

– Panie Marku, można? Ma pan czas? – pytam.

– Dla pana, panie doktorze, zawsze mam czas – odpowiada młody czterdziestokilkuletni pacjent. Jest postawnym mężczyzną o nieco kwadratowej twarzy i krótkich włosach. Głowę oplatają mu zielone rurki podające minimalną już ilość tlenu, nie ma nawet odleżyny na nosie, tylko

opatrunek na szyi przykrywający zarastającą dziurę po tracheostomii zdradza, że wymknął się śmierci.

Pana Marka przeprowadziliśmy całkowicie na naszym oddziale przez respiratoroterapię. Jest pierwszym, który wyjdzie stąd na własnych nogach. Poprzedni pacjent – wybudzony i odłączony przez nas od respiratora – zatrzymał się kilka dni później. Wyreanimowałem go, ale już nie udało się go obudzić. Zabiła go sepsa. A pan Marek wychodzi do domu do żony i dzieci. Chciałem lepiej poznać jego historię, pokazać to od drugiej strony; od obrazu pacjenta, człowieka dotychczas zdrowego, który nagle staje na granicy życia i śmierci i musi się zmierzyć z bezsilnością i bezradnością. Na ten relatywnie krótki czas ten młody mężczyzna stał się całkowitym inwalidą.

– Panie Marku, czy pamięta pan początek pandemii? Przeszło panu przez myśl, że to może odbić się na pana życiu?

– Pamiętam, było o tym głośno w mediach, ale nie przyszło mi do głowy, że mogę się zarazić.

– Kiedy stwierdził pan, że może zachorować? Pojawił się strach przed zakażeniem?

– Nie, nie... Do samego końca nie spodziewałem się, że zachoruję. W firmie, w której pracuję, testowali nas na bieżąco, ale miałem negatywny wynik testu. Myślałem, że tak będzie zawsze. – Prychnął pod nosem, jakby nie wierząc, że tak myślał.

– Czy poza pracą przestrzegał pan obostrzeń, nosił maskę, izolował się pan, unikał skupisk ludzkich?

– Tak, jak najbardziej. W pracy musieliśmy nosić maseczkę, a poza pracą zarówno ja, jak i moja rodzina też to robiliśmy. Nosiliśmy, bo tak było trzeba. Nigdy jednak nie czułem się zagrożony, nie myślałem o tym. To takie myślenie życzeniowe, jak to ja miałbym być jedną z ofiar pandemii? Niemożliwe...

– Jak się u pana zaczynał COVID? Co pan wtedy myślał? Jakie były pierwsze objawy?

– Zaczęło się niepozornie. Pamiętam to jak dziś. Przyjechałem do pracy, już rano czułem się dziwnie, tak nieswojo. W pracy mamy zamontowaną termokamerę, która pokazała 38 stopni z niewielkim haczykiem. Portier zawsze mierzy drugi raz termometrem laserowym, wyszło dobrze, więc poszedłem dalej. Miałem wtedy od ósmej do dziesiątej dwa mitingi, głowa mnie bolała i czułem się źle. Po spotkaniach poszedłem do kierownika

BHP, który wykonał mi szybki test, ale ten był negatywny. Wciąż się źle czułem, więc zwolniłem się u szefa. W domu zacząłem gorączkować, moja żona dzień wcześniej miała już gorączkę. Zaczęło się... Wtedy po raz pierwszy pomyśleliśmy, że to może być COVID, i zgłosiliśmy się na testy PCR do punktu wymazowego.

– Jak pan już otrzymał pozytywny wynik, jakie były objawy?

– W pierwszych dniach doskwierała mi wysoka gorączka, saturację miałem dobrą – mierzyłem pulsoksymetrem. W nocy budziłem się zlany potem, cały mokrutki, dopiero po kilku dniach saturacja zaczęła stopniowo spadać. Zdecydowałem się na wezwanie karetki, kiedy ta była w granicach 80%. Tak myślę, że to było 80, może 80 kilka, nie pamiętam dokładnie.

– Ratownicy coś mówili?

– O moim stanie nic. Powiedzieli tylko, że mam fart, bo w Babiej Górze otwierają nowy oddział COVID-owy i będę blisko domu. Na moje szczęście oddział powstał jedynie na papierze. Placówka była co prawda zgłoszona jako otwarta, ale nie funkcjonowała. Pojechaliśmy tam i pod szpitalem okazało się, że nie była przygotowana na chorych, więc zawieźli mnie do Łąki. A potem tutaj.

– Co pan pamięta z pobytu w szpitalu w Łące?

– Zaniedbanych pacjentów, pozostawionych samych sobie – powiedział smętnie chory.

– Jak to? Co pan ma na myśli?

– Brak jakiegokolwiek opieki ze strony personelu. Tam podczas obchodu, jeśli był, doktor wchodził, popatrzył po sali i wychodził. Nie wiedziałeś nawet, czy to doktor, czy nie doktor. Czego chce właściwie? Nie pytał o nic. A siostry jak się widziało dwa–trzy razy dziennie, to było wszystko. Tylko tlen i zimne okłady. To jest to, co zapamiętam do końca życia. Żona mi opowiadała, że potem leżał tam też nasz znajomy. Napisał do małżonki w nocy SMS: „Spadłem z łóżka, nie mam siły wstać, nie ma mi kto pomóc. To chyba koniec”. Rano odebrała telefon, w którym lekarz poinformował ją o zgonie.

– Trudno w to uwierzyć. U nas jest lepiej?

– Panie doktorze, tutaj jest wzór szpitala według mnie, podejście sióstr, lekarzy, to jest zupełnie inna bajka. Wie pan, że zwymiotowałem na Grzeška? Tego co tak mi pomagał. Przestraszyłem się, a on zamiast się wkurzyć, zaczął mnie wycierać i powiedział, żebym to ja się nie

denerwował. Przepraszałem go, ale się tylko uśmiechnął i stwierdził, że tak może być po tych lekach, że to normalne. Wspaniały człowiek.

– To prawda i ma ogromne doświadczenie w pielęgnacji pacjentów, pracuje głównie na OIOM-ie. Pamięta pan te dni, kiedy było coraz gorzej? Co mówił tamten lekarz?

– Właściwie przez kilka dni nie działo się nic. Leżałem na brzuchu, na boku, oglądałem filmy na Ipli. Dzień jak co dzień w szpitalu. Ostatniego dnia przyszedł doktor, to była nasza pierwsza i ostatnia rozmowa. Popatrzył na mnie i stwierdził, że to w zasadzie wszystko, co mogą dla mnie zrobić. Nie są przygotowani, nie mają doświadczenia ani sprzętu, który mógłby mi pomóc, a saturacja wciąż idzie w dół. Musi mnie przewieźć do innej placówki. Zapytałem do jakiej, a on powiedział, że najlepsza jaka jest, jest u was. Poprosiłem, żeby mnie zatem tutaj skierował i udało mu się to załatwić.

– Pamięta pan transport? Jazdę karetką?

– Tak, chyba nie wszystko. Odlatywałem. Czekałem bardzo długo na karetkę, rozmowa była koło południa, a tu przyjechaliśmy koło dwudziestej. Całą drogę jechaliśmy na sygnałach, później zostawili mnie na neurologii, położyłem się na łóżku i to wszystko...

– Nie przypomina pan sobie wizyty anestezjologa? Jak on czy ona pytali o intubację?

– Nie, nie pamiętam tego. Niczego stąd w zasadzie nie pamiętam – odpowiedział pan Marek.

Ja z kolei ten dzień pamiętam bardzo dobrze – pomyślałem.

Miałem dyżur z szefem nieco ponad miesiąc temu, akurat byliśmy na wieczornym obchodzie, kiedy zadzwoniła jego komórka.

– No tego to mi nie powiedzieli... – rzucił z kwaśną miną Padrino do osoby po drugiej stronie słuchawki. – Pewnie, jak go ustabilizujecie, to dajcie do nas.

– Przyjęcie? – zapytałem.

– Młody gość „na rurze”, właśnie go intubują, nieco po czterdziestce. Jak zwykle nakłamali przez telefon. Nie powiedzieli, że przetrzymali go z saturacją 60 przez trzy dni. Pojechał na neuro, ale zaraz Milena nam go przywiezie.

Godzinę później na salę w asyście doktor neurolog, ratowników i anestezjologa wjechał pan Marek – pokój ten przez kolejne dwadzieścia kilka dni będzie jego miejscem pobytu. Musieliśmy obrócić go na brzuch...

Dopiero wtedy mogliśmy zejść odrobinę z ciśnień i tlenu. Szef się nim zajął i doglądał w kolejnych dniach. To były trudne dni, jego stan wahał się, stopniowo pogarszając, by w kolejnych dniach się polepszać i tak na zmianę. Prowadził go ordynator wraz z doktor Adą, ale dyżurowo każdy z nas musiał interweniować. Padł nawet pomysł kwalifikacji chorego do ECMO, a kiedy już spełnił kryteria, okazało się, że rozwinął sepsę, która go zdyskwalifikowała. Bakteria była wrażliwa jedynie na jeden z dostępnych w szpitalu antybiotyków. W końcu po wielu długich dniach chory poprawił się i Padrino osobiście go wybudził na swoim dyżurze. Obudzenie pana Marka i to, w jaki sposób wracał do sił i życia, było dla nas ogromnym przeżyciem, dało nam – a przynajmniej mnie, pozytywnego kopa i przerwało marazm, jaki mnie wcześniej opanował. Miejsce apatii zastąpiła euforia ze wspólnego sukcesu.

– Teraz takie może dziwne pytanie, ale pan był pod respiratorem. To terapia ostatniej szansy dla pacjentów COVID-owych i ogromny wysiłek dla wycieńczonego chorobą organizmu. Czy cokolwiek jest pan w stanie przywołać z tego okresu? Jakies sny, uczucia, poczucie obecności?

– Miałem na pewno sen. Nie wiem, czy to było w trakcie respiratoroterapii, czy podczas wybudzania. Ale jak się wybudziłem, to brałem go za realny. Śniło mi się coś związanego z chorobą, ze szpitalem... Śniło mi się, że byłem naświetlany jakimś laserem... Wiem dziwnie to brzmi, ale jak doszedłem do siebie, to zrozumiałem, że to była wyobraźnia, jakiś sen po prostu.

– Kto wie, czasem sprawdzamy latarką jak źrenice reagują. A pielęgniarki mierzą temperaturę laserowymi termometrami. Może stąd taka dziwna ułuda na pograniczu jawy i snu farmakologicznego. Pamięta pan proces wybudzania?

– Nie.

– To, w którym momencie pacjent pamięta, zdaje sobie świadomość, że jest już po respiratorze? Oczywiście panu maszyna pomagała dalej oddychać przez rurkę treachostomijną, ale ta świadomość, że udało się obudzić, musiała kiedyś nadejść.

– Trudno stwierdzić kiedy. Czas mijał, a ja wychodziłem z takiego odrętwienia. W pierwszej chwili byłem przerażony. Nie wiedziałem, gdzie jestem i dlaczego mam te wszystkie rurki. Nie wiedziałem, co się stało. W jednej chwili kładłem się spać w jednym pokoju, a budziłem w innym

podpięty do różnych maszyn. Ta świadomość musiała powoli do mnie dojść.

– Jaki był pierwszy kontakt z rodziną?

– Hmm... Ja wtedy nie mogłem jeszcze mówić, miałem tę rurkę. Tutaj siostra Kasia namierzyła moją żonę przez internet i ze swojego prywatnego telefonu odpaliła wideoczat. Mogłem tylko słuchać i kiwać głową, kiedy żona mówiła, przez dwa czy trzy dni codziennie pani Kasia udostępniła nam swój telefon, żebyśmy mogli się zobaczyć. Potem dostałem już swój i jak pan ordynator wyciągnął mi rurkę, to mogłem pierwszy raz od bardzo dawna z żoną porozmawiać. Płakaliśmy i rozmawialiśmy, ale to były łyzy szczęcia.

– Teraz pan w zasadzie nie wymaga tlenu. Wczoraj był pierwszy dłuższy spacer po oddziale. Jakie to uczucie wrócić z takiej ciężkiej choroby, dla zdrowego wcześniej mężczyzny. Pan w zasadzie musiał się na nowo uczyć chodzić...

– Cudowne. To było cudowne uczucie. Stanąc na nogi i poczuć tę... Niezależność od kogoś tam. Leżąc, byłem zależny od innych. Wiadomo pampers, przebieranie, mycie. Pielęgniarki starały się to robić delikatnie i tak, żebym nie czuł wstydu, ale to było strasznym dyskomfortem. Marzyłem o tym, żeby zaczął chodzić i uwolnił się od tego łóżka. Marzyłem, by być samodzielnym. Z natury jestem uparty i walczyć umiem, więc poszło dość sprawnie.

– Czy takie przeżycie, taka bardzo ciężka choroba, czy ona człowieka zmienia? Inaczej zaczyna patrzeć na świat, na życie?

– Myślę... Myślę, że tak... Człowiek dużo się zastanawia, czy wszystko robił dobrze, czy wszystkie rzeczy są warte tego, ile poświęca się im uwagi.

– Pan pozostał na sali intensywnego nadzoru przez wiele dni, już jako przytomny pacjent, tam leżały też inne osoby i one odchodziły...

– No niestety, sam naliczyłem siedem osób... Nigdy nie udało mi się z nimi zamienić słowa, jedyna więź, jaka nas łączyła, to ciężki stan zdrowia. Przyjeżdżali zaintubowani, a potem umierali i byli pakowani w worki. Niemniej za każdą z tych osób się modliłem i trzymałem kciuki. Pamiętam, jak kibicowałem starszemu panu, leżał naprzeciwko mnie. Też miał być wybudzany... No niestety – nie dał rady... To smutne uczucie, kiedy się obserwuje, jak oni mimo starań lekarzy i pielęgniarek odchodzą, a z drugiej strony radość, że mnie się jednak udało.

- Jutro idzie pan do domu. Jeszcze raz gratuluję i życzę szybkiego powrotu do zdrowia.
 - Dziękuję, za wszystko – powiedział pan Marek¹¹⁴.
-

¹⁰⁷ Podstawowa Opieka Zdrowotna, miejsce, gdzie przyjmują pacjentów lekarze rodzinni.

¹⁰⁸ Tak nazywamy mały, wygodny mechaniczny respirator napędzany sprężonym tlenem, który wyglądem przypomina niewielką czarną skrzyneczkę z paroma pokrętkami. Dobry do krótkich transportów pacjentów o dobrych parametrach wentylacji.

¹⁰⁹ Nazwa firmy produkującej respiratory.

¹¹⁰ Chodziło o to, żeby się w tym dniu nie widzieć, czyli nie potrzebować od nich transportu, ani żeby nam nikogo nie przywieźli.

¹¹¹ Potocznie tak mówimy na lek zwiotczający mięśnie, kiedy pacjent mimo sedacji generuje „swoje” oddechy, co jest niekorzystne dla jego wentylacji.

¹¹² W Brazylii ten pomysł został nazwany „Ręką Boga”.

¹¹³ Od 2018 roku BOR zastąpiła Służba Ochrony Państwa.

¹¹⁴ Trzy miesiące później pacjent powiadomił mnie, że w kontrolnej tomografii zmiany w płucach się na szczęście wycofały. To naprawdę wspaniała wiadomość!

#wtorek 4 maja

Od mniej więcej dwóch tygodni obserwujemy spadek przyjęć do szpitala. Mniej zakażeń w całym kraju. Jeszcze miesiąc temu mieliśmy około 30 tysięcy zakażeń dziennie, dziś stwierdzono jedynie 2296. Rok temu w trakcie fali wiosennej, 4 maja, było 313 przypadków. To co najważniejsze to jednak średnia dzienna przypadków z tygodnia, pozwalająca zlikwidować weekendowe fluktuacje związane z dostępnością do opieki medycznej i punktów wymazowych. Obecnie mamy w ciągu tygodnia średnią dzienną 5700 zachorowań, a na początku kwietnia było to ponad 27 tysięcy. Dobowa średnia zgonów jest podobna choć z tendencją malejącą – średnio około 400 zgonów na dobę, powoli spada, ale to wynika z przesunięcia. Umierają ci, którzy zakazili się dwa, trzy tygodnie temu.

Ostatnio wpisów w dzienniku jest mniej, jest po prostu spokojniej. Mamy też kolejnych pacjentów wybudzonych spod respiratora, wracają do siebie, choć nie tak spektakularnie jak pan Marek. Małymi kroczkami do przodu, po godzinach rehabilitacji, powolną redukcją tlenu. Kroczi, które postronnym wydawałyby się bezwysiłkową błahostką, dla nich są wysiłkiem porównywalnym ze wspinaczką wysokogórską czy przebiegnięciem maratonu.

Od niedawna pracuję w trzech szpitalach COVID-owych i w każdym z nich widzę spadek liczby chorych. Cieszy mnie to, bo dzięki temu mam nadzieję, że koszmar pandemii wreszcie się skończy.

Wczoraj obchodziliśmy sześćdziesiąte urodziny mojego taty, w świąteczny poniedziałek, bo cały weekend pracowałem. Poza nami było tylko czterech najbliższych jego przyjaciół. Nie tak to sobie wyobrażałem. Planowałem, że zorganizuję tacie urodziny dla wszystkich znajomych, imprezę na kilkadziesiąt osób – tak jak dwa lata temu zrobił nasz przyjaciel. Pandemia pokrzyżowała te plany, ale i tak było bardzo miło. Humor zepsuł mi tylko SMS od kolegi – pacjentka, która pogarszała się wczoraj na moim dyżurze w Lwiej Górze, poszła „na rurę”. Przyjmowałem ją do szpitala dwa tygodnie wcześniej.

Życie nie jest sprawiedliwe, to wiem, ale czemu tak kurewsko dotyka tych, którzy są już pokrzywdzeni przez los? Informacja o tym, że przyjechała karetka na izbę przyjęć z dodatnim pacjentem, nie zdziwiła mnie. Nie sądziłem tylko, że doświadczę jednej ze smutniejszych historii,

jakie znam. Zastanawiam się, czy kiedyś stanie się to dla mnie obojętne? Czy kiedyś, widząc ludzką tragedię, wzruszę ramionami i powiem: „Widocznie tak miało być”, i nic nie poczuje? Oby do tego nie doszło. Na razie niektóre rzeczy siedzą we mnie głęboko, pod płaszczem ochronnym stoickiej uprzejmości, jaka powinna cechować lekarza. Czasem mam wrażenie, że założenie kitla lekarskiego nakłada na mnie warstwę ochronną, która tłumi skrajne emocje, niektóre z nich zbierają się w środku niczym płyn wypełniający czarę. To naczynie trzeba czasem opróżniać, tak aby zawsze było miejsce na nowe emocje. Dla mnie chyba najlepszym sposobem na to jest prowadzenie dziennika.

#

Drzwi karetki odsunęły się z charakterystycznym zgrzytem, a moim oczom ukazała się ratowniczką w ochronnym kombinezonie oraz dwie białogłowe postacie. Siwa starsza kobieta, przytrzymująca maskę tlenową synowi. Mężczyzna poza charakterystycznymi śnieżnobiałymi włosami i brwiami, być może, był to albinizm albo bielactwo, był niepełnosprawny. Miał zespół Downa, o zaawansowanym stopniu głębokości i mimo niskiej saturacji usilnie próbował ściągać maskę tlenową, którą matka z czułością raz po raz zakładała mu na twarz.

– Panie doktorze, jesteśmy dodatni. Pawełek... My już nie dajemy rady w domu, strasznie się dusił – powiedziała zrozpaczona kobieta.

Mężczyzna wciąż zrywał maskę i uderzał się ręką w głowę oraz wydawał niezrozumiałe dźwięki w trakcie, kiedy ona mówiła.

– Miał 82 saturacji, jak przyjechaliśmy – dodała ratowniczka.

– A pani też jest chora?

– Tak! Tak, też jestem chora. I w zasadzie też się bardzo źle czuję, więc...

– Najlepiej, jakbym przyjął was oboje, syn będzie spokojniejszy, jak pani będzie koło niego – odpowiedziałem, wyczuwając intencje kobiety.

Miała 92% saturacji przy wysiłku, więc i tak bym ją przyjął, ale wyraźnie bała się, że moglibyśmy ją rozdzielić z niepełnosprawnym dzieckiem. Z doświadczenia wiem, że w wypadku jakiegokolwiek hospitalizacji osób z głęboką dysfunkcją intelektualną najlepiej jest, aby opiekun był wciąż przy nich. Działa to uspokajająco, mniej traumatyzuje pobyt w szpitalu i mniej angażuje personel medyczny. Te matki niepełnosprawnych dzieci to prawdziwi herosi, ojcowie zresztą też, jeśli podejmą to wyzwanie.

Zazwyczaj spotykam się z tym, że są to jednak samotne matki, miłość do partnerki często nie potrafi przetrwać próby, jaką jest niepełnosprawne dziecko.

Dopiero na sali zobaczyłem, że chory ma też zdeformowane kończyny dolne oraz jest prawie całkowicie niewidomy.

– Nie wiem, jak będzie z dietą. Pawełek ma zwężenie przełyku, może jeść tylko miksowane posiłki. Zazwyczaj mąż je przyrządza, ale teraz nie może wyjść z domu.

– Też jest chory?

– Tak, trochę kaszle.

– Ile ma saturacji?

– 92%.

– Proszę zadzwonić, żeby się zgłosił na oddział, będzie wam łatwiej się zajmować synem, a 92% to już wskazanie na szpital. Mam jeszcze miejsce.

Pan Jędrzej był w nieco gorszym stanie niż małżonka, ale wciąż ich przebieg w porównaniu do syna był łagodny. To było tydzień temu.

Wczoraj na dyżurze sytuacja wyglądała zgoła odwrotnie, ojciec z synem byli już w całkiem niezłej kondycji, natomiast pani Janina pogarszała się z godziny na godzinę. W ciągu 24 godzin przeszliśmy od 25 litrów tlenu do 60 na minutę, a następnie włączyliśmy wentylację nieinwazyjną. Zrobiłem jej komplet badań, ale poza nadkażeniem bakteryjnym, na które dostała antybiotyki, nic nie wskazywało na inną niż COVID przyczynę. Od trzech dni nie była w stanie opiekować się synem, a jej rolę przejął mąż. Dawno nie widziałem tak troskliwego i kochającego się małżeństwa. Ich miłość przetrwała próbę niepełnosprawności dziecka. Kiedy na studiach spotkałem się w klinice pediatrii po raz pierwszy z rodzinami mającymi niepełnosprawne intelektualnie dzieci, zapadły mi w pamięć słowa jednej pani doktor: „To dziecko jest chore, ale tak naprawdę choruje cała rodzina”.

Wieczorny pobyt w sali pana Jędrzeja trwał długo. Rozmawialiśmy, chciał wiedzieć co z żoną. Próbowałem mu dodać otuchy, jednocześnie nie ukrywając, że jest źle. W pewnym momencie rozmowa przekształciła się w monolog, a ja czując, że pan Jędrzej tego potrzebuje po prostu słuchałem.

– Wie pan od małości nie było łatwo... – Wskazał głową na śpiącego prawie czterdziestoletniego mężczyznę. – On nigdy nie spał w nocy, zawsze krzyczał tak, jakby czegoś chciał, i uderzał głową. Czasem chciał pić, jeść albo miał mokro. A czasem bez powodu. Jak był mały, to się wózkiem go wozilo po korytarzu. A potem urósł. Nie chodzi, no to trzeba było pilnować,

żeby z łóżka nie spadł. W dzieciństwie miał taki materacyk i kojec, ale potem był już za duży i potrafił przewalić się w nocy przez to. Śpi z nami do teraz, między mną a żoną... Śpi, trudno tak to nazwać. Od 37 lat nocy nie przespałem. Aktywny jest wtedy, w dzień odsypia. Ale to dobre dziecko, nie powiem, i daje czasem trochę radości, ale też daje w kość. – Zawiesił głos, patrząc na syna.

Dawno nie widziałem tyle ciepła i czułości w spojrzeniu na drugiego człowieka, ile ten ojciec okazywał swojemu synowi.

– Pawełek nie widzi na jedno oko, na drugie ledwie co. Stożek rogówki, tak bywa. Potrzebna jest operacja, znaleźliśmy nawet ośrodek. Powiedzieli, że się podejmą, ale trzeba potem przez rok uważać na to oko, nie trzeć, pielęgnować. Tam są takie malutkie szwy, żeby ich nie rozerwać, to odpuściliśmy, nie dałby rady. On ciągle uderza się w głowę... – ciągnie, a ja w milczeniu słucham. – A jeszcze miał problemy z sercem, może po mnie? Miał już ablację, ja na swoją wciąż czekam. No i z krwią, i przelykiem. Najpierw ta anemia, a później okazało się, że te leki tak drażniły mu przelyk, że powstało zwężenie. Wymiotował nawet po wodzie, dopiero w klinice mu pomogli. Trzy milimetry światła zostało, musieli poszerzać go takim balonem... A kiedyś połknął guzik i zaczął się krztusić, ale... – Głos mu się załamał i spojrzał mi w oczy. Ten cały monolog miał prawdopodobnie ukryć jego strach, a może potrzebował kogoś, kto go wysłucha? – Panie doktorze, jak będzie z moją żoną... – zapytał z nadzieją w głosie.

– Robimy wszystko, co możemy, żeby jej pomóc – odpowiedziałem zgodnie z prawdą.

– Czy ona z tego wyjdzie? – ponowne pytanie, które mimo że zostało wypowiedziane drżącym głosem, miało moc obucha uderzającego w głowę.

– Mam taką nadzieję... Robimy wszystko, co możemy... – odpowiedziałem, nie mając odwagi na wypowiedzenie tego, co myślę naprawdę. Zresztą w medycynie czasem mamy spektakularne sukcesy. Nie chcę nawet myśleć, co będzie, jak ona umrze i zostanie z tym wszystkim sam.

#

– Boże! Dlaczego mnie to spotyka. Mam tego dość... – zaczęła lamentować moja żona, zaraz po tym, jak wróciła do samochodu, gdzie na

nią czekałem.

– Co się stało? – zapytałem niepewnie.

– Uchwyty w kuchni. Zobacz – powiedziała, pokazując mi zdjęcie, na którym wyraźnie widać było, jak uchwyty od szuflad były przymocowane nierówno w pionie i poziomie.

– Dlaczego mnie to spotyka? To kolejna rzecz do poprawki!

– Mhmm... – odpowiedziałem wymijająco.

Dla mnie te uchwyty nie były powodem do lamentowania, zapewne nawet bym tego nie zauważył. Ale dla mojej żony, która zajmowała się wykańczaniem naszego nowego mieszkania, był to istotny problem.

– Ty mnie w ogóle nie wspierasz – powiedziała z wyrzutem. – No przecież tak nie może być.

– Kochanie...

– Co!? – burknęła wciąż przejęta.

– Cieszę się, że masz takie tylko problemy – powiedziałem spokojnie.

– O co ci chodzi?

– Masz męża, dwójkę zdrowych, pięknych dzieci, nowe mieszkanie, co prawda na wieloletni kredyt, ale własne. Nie mów, więc proszę: „Boże, dlaczego mnie to spotyka”. Uśmiechnij się i ciesz, że tylko taki masz problem.

– Ty dziwny jesteś, wiesz. I czemu się uśmiechasz?

– Bo wiem, że rozwiążesz ten problem. A takie drobne problemy to swoisty podatek od szczęścia, a podatki trzeba płacić. Lepiej regularnie i małymi kwotami, niż otrzymać wielkie wyrównanie.

– Czasami zastanawiam się, o czym myślisz? – oznajmiła, odpalając nasze już pełnoletnie auto, z czasem pewnie wymienię je na coś nowszego, ale teraz mam inne priorytety. W głowie zaś tułał mi się obraz ojca i syna. Ojca trzymającego twarz w dłoniach i syna, który nie rozumie, że w kolejnych dniach może stracić mamę.

– O niczym, Mysza, o niczym... Co mamy na obiad?

– Mięsko od twoich rodziców z wczoraj i ziemniaczki – odpowiedziała z uśmiechem.

#Środa 5 maja

Moje pielęgniarki się śmieją, że trzeba mnie wysłać do lokalnej szeptuchy, aby odczyniła uroki, bo ze mną na dyżurze zawsze jest dużo roboty.

Gdybym wierzył w zabobony, to stwierdziłbym, że winny temu jest mój pierwszy w życiu dyżur, który spędziłem z emerytowanym lekarzem. To był jego ostatni dyżur na internie i jeden z trudniejszych. Podobno, jaki pierwszy dyżur, taka cała kariera – a tu od razu milion skierowań na izbę, dwie reanimacje, cztery zgony. Ów doktor powiedział wówczas sakramentalne: „Pierdolę to. Jestem na to za stary”. A wówczas owo fatum pierwszego dyżuru przyłgnęło do mnie na stałe. Nie wierzę jednak w to, ja po prostu jakoś tak mam, że drażę i szukam sobie roboty. Dyżurując w innym szpitalu, gdzie w zasadzie bywa się dwa, trzy razy w miesiącu, łatwo by było przyjąć taktykę „byle do rana” z tym, że to nie tak powinno wyglądać. Ci chorzy, choć tymczasowo, są pod moją opieką, a moja obecność ma dawać im gwarancję należytej opieki. Przynajmniej ja sobie tak to tłumaczę.

Miałbym całkiem spokojny dyżur, gdyby nie fakt, że chory, któremu jedynie w relacji zmiennika miałem sprawdzić wieczorem parametry nerkowe, miał wstrząs septyczny. Wstępna diagnoza – kiedy zobaczyłem go z niskim ciśnieniem, całego zlanego potem z zimną wilgotną skórą, na której widać było już marmurkową mozaikę, potwierdziła się po wykonaniu badań laboratoryjnych. Chory ewidentnie się zcentralizował, krew przesuwała się z nieistotnych do życia narządów, takich jak skóra, przewód pokarmowy czy mięśnie do tych krytycznych – serca, płuc i mózgu. Organizm się zakwasał, a niewydolne z powodu toksyn bakteryjnych i niskiego ciśnienia nerki nie wydalają szkodliwych metabolitów na zewnątrz. Stabilizowałem go dwanaście godzin. Pan Andrzej chyba zrozumiał, że jego stan jest ciężki, bo kiedy odwiedziłem salę, na której leżał, któryś z kolei raz w ciągu kilku godzin, sprawdzając parametry, zapytał:

– Czemu doktor tak często do mnie przychodzi?

– Cóż, jest pan moim najbardziej wymagającym pacjentem dziś – odpowiedziałem z uśmiechem, sprawdzając ciśnienie.

Mimo nowych antybiotyków, sterydu, poczwórnego levonoru i pięciu litrów płynów, jakie w niego wlałem, ciśnienie skurczowe ledwie osiągnęło wartości powyżej 100 mmHg. Mało, wciąż za mało, żeby jego nerki ruszyły. Po dwunastu godzinach w worku od cewnika znajdowało się zaledwie 150 mililitrów ciemnobrązowego moczu.

– No znam to. Ktoś zawsze musi miły dzień w robocie spierdolić – odpowiedział chory, próbując zażartować.

Widać było, że się boi, miał zaledwie czterdzieści kilka lat, COVID-a i sepse. Dobrze, że był jeszcze wydolny oddechowo. Parametry zapalne były skrajnie wysokie. Jeśli nie udało mi się trafić z antybiotykami, to umrze. W końcu późno wieczorem w rozmowie telefonicznej z żoną mogłem powiedzieć, że przestał się chwilowo pogarszać – to jedyna pozytywna informacja, jaką tego dnia od mnie usłyszała.

W tym szpitalu obejmuję opieką oddziały na dwóch piętrach, taki paradoks piętro niżej stabilizuję pacjenta we wstrząsie, który ma ogromną wolę życia, a tuż nad nim walczę z innym, który wolę stracił.

– Co się dzieje? – zapytałem, wchodząc na salę po wezwaniu pielęgniarek.

Pacjent, którego kojarzyłem z poprzednich dyżurów, leżał na łóżku bez tlenu, mimo iż niewielkiego przepływu na wizycie wieczornej wciąż potrzebował. Jego oblicze poprzecinane było strużkami błyszczących łez, przez ciało przechodziły raz po raz spazmy szlochu.

– Mówi, że ma dość i chce się zabić – powiedziała pielęgniarka.

– Panie Janku, no co pan? Już jest dobrze, za parę dni wyjdzie pan do domu. Pokonał pan wirusa, trochę to zajęło, ale już prawie pan tlenu nie wymaga, noo... – odpowiedziałem łagodnym tonem.

– Nic nie jest dobrze! Myślałem, że tu chociaż umrę... – wyrzucił z siebie pacjent. – Nie mam do czego wracać! Miałem firmę, a teraz nie mam, mam długi! Jak mam wrócić do domu... Nie mam domu, musiałbym go sprzedać, a i tak nie wiem, czy starczy... I co ja żonie powiem? Że chorowałem i musimy dom sprzedać? Pod most iść. – Chory znowu zalał się łzami.

– Panie Janku, ale żyje pan. Wszystko da się odrobić.

– Gdybym umarł, to żona dostałaby pieniądze z polisy, a tak nawet nie wiem, kiedy będę mógł pracować. Poza tym już nie istnieję. Zbankrutowałem! – powiedział, zanosząc się szlochem...

– Położymy pana w łóżeczku i damy leki.

– Nie chcę leków, chcę umrzeć! – zanosił się skulony w kulkę mężczyzna.

– Proszę przygotować relanium i śrubokręt.

– Śrubokręt? – zapytała pielęgniarka zdziwiona.

– Nie macie? – Zdziwiłem się.

– No nie.

– Dobra, mam swój scyzoryk. Proszę zostać przy pacjencie i nie wychodzić z sali – poprosiłem pielęgniarkę. Chwilę później wykręcałem już

klamki w oknie.

– Proszę, rano oddacie to ordynatorowi. Wolałbym nie znaleźć się w jutrzejszym wydaniu wiadomości. – Przekazałem klamki od okien zdziwionej pielęgniарce. Akurat mi osobiście się to nie zdarzyło, ale znam osoby, którym pacjent wyszedł przez okno. Tu było trzecie piętro, więc efekt byłby spektakularny.

Z samego rana pacjent z sepsą pojechał do specjalistycznego ośrodka na dalsze leczenie i dializy, a ja z poczuciem dobrze spełnionego obowiązku pomknąłem moją srebrną strzałą z powrotem do mojej głównej pracy.

#sobota 8 maja

Mam wreszcie wolny weekend. To śmieszne, że jako dziecko czekało się byle do piątku na relaks, a w dorosłym życiu muszę planować wolne z ponadmiesięcznym wyprzedzeniem. Urodziny mojego przyjaciela przeniesione z marca, aż sytuacja epidemiologiczna się ustabilizuje, były planowane odpowiednio wcześniej, żebym miał lukę w grafiku. Ironią losu jest to, że dom mojego przyjaciela jest tuż przy szpitalu, więc codziennie tu jestem i standardowo spędzam weekendy.

Na urodzinach było bardzo miło, a czas upłynął nam na rozmowach, których poziom w naszym odczuciu zwiększał się wraz z opróżnianiem dużej butelki whiskey. Nawet w moim grafiku następny dzień (9 maja) był wcześniej zaplanowany, w kalendarzu na czerwono wpisany był KAC.

#środa 12 maja

Dziś jest Międzynarodowy Dzień Pielęgniarek i Położnych. Nawet bym o tym nie wiedział, gdyby dziewczyny na każdym z oddziałów nie otrzymały torcików z życzeniami od dyrekcji. Dostały zarówno u nas, jak i na pediatrii. O tym, że na pediatrii też wiem stąd, bo tam leżą moja młodsza córka z żoną. Pisałem już o podatku od szczęścia? Właśnie przysłała większa rata, która jednoznacznie uświadomiła nam, jak inne problemy poza zdrowiem są nieistotne. Przez weekend moja córeczka gorączkowała, najpierw do 38, potem 39, potem 40 stopni. Zbijaliśmy gorączkę paracetamolem na zmianę z ibuprofenem, poiliśmy, ale w końcu, kiedy żona zadzwoniła do mnie w poniedziałek rano, że Ani zsiniały rączki i usta, kazałem jej natychmiast jechać do szpitala.

Szewc bez butów chodzi, inni rodzice pewnie by spanikowali drugiego dnia, a dla mnie to normalne, że ludzie gorączkują i trzeba poczekać na efekt leków. Zwłaszcza że zakładaliśmy, że to zęby. Kiedy przybiegłem na izbę pediatrii, rączki Ani miały już normalny kolor – może po prostu się scentralizowała przy odwodnieniu? Niemniej została przyjęta, przebadana, pobrano próbki do badań laboratoryjnych. Wyszła infekcja w drogach moczowych. U Ani rozwinęło się odmiedniczkowe zapalenie nerek. Głupi ojciec powinien dzień czy dwa wcześniej zgłosić się do pediatry. Dziś jest lepiej, parametry zapalne spadają, nie gorączkuje, ale strachu się najedliśmy. Nic, ale to absolutnie nic, nie wzbudza takiego lęku jak strach o własne dziecko. Dowiedzieliśmy się też, że w listopadzie przeszła COVID, ma dodatnie przeciwciała. I ten nieszczęsny ząb też się wyróżnął.

Dzieci w przeciwieństwie do dorosłych błyskawicznie się psują i tak samo zdrowieją. To taki miniczłowiek w wersji turbo. Dorosłego można odesłać na następny dzień, żeby przyszedł sprawdzić, czy leki działają. Z dziećmi jest inaczej – pediatrzy nie odsyłają ich albo każą się rodzicom pokazać za parę godzin. Na szczęście poza kilkudniowym stresem wszystko powoli wraca do normy. Nie tylko my się cieszymy, dzisiaj o czternastej doktor Ada urodziła przepiękną, zdrową córeczkę. Życie to nie tylko radosne chwile, ale też smutne. W jednej chwili matka zyskuje córkę, w innej syn traci matkę – pani Janina matka tego mężczyzny z zespołem Downa, właśnie umarła na OIOM-ie pod respiratorem.

Na oddziale zaczęło robić się podejrzanie cicho, odgłosy puszczy COVID-owej niegdyś słyszalne na całym odcinku dziś są spokojniejsze. Rytmiczny szmer powietrza i pojedyncze pikania maszyn słychać jedynie tam, gdzie pracują respiratory. Nieco dalej pojawia się dyskretny szmer tlenu na maski, wąsy czy HNFC, nie ma za to świstów i szmerów respiratorów nieinwazyjnych. Dziś nikt nie jest na NIV-ie.

Przywieźli nową dostawę wody dla pacjentów – „z darów”. Paleta wygodnych półlitrowych butelek mineralnej znowu zagościła w holu. Tę tradycję dostarczania wody zapoczątkował jeden z lokalnych przedsiębiorców, pan Jan, który od swojego pobytu w grudniu regularnie przywozi zgrzewki dla pacjentów. To on pierwszy użył pojęcia „odgłosy puszczy COVID-owej” w odniesieniu do dźwięków na swojej sali – zlewających się brzęczeń, pipkań, szmerów, świstów i turkotów sprzęzarek nieinwazyjnych respiratorów. Wtedy panowała kakofonia dźwięków, a dziś jest względna cisza. To dobrze... Wygasza się... Wygasza...

#niedziela 16 maja

Nie przemyślałem tego, stwierdziłem przed weekendem, patrząc w mój grafik. Trzynaście dyżurów po wolnym weekendzie na świętowanie imienin i zaległych urodzin przyjaciela gdzieś należało upchnąć. Ale – piątek dyżur, niedziela, poniedziałek i znowu środa. W ciągu tych sześciu dni będę mieć cztery dyżury i do nikogo nie mogę mieć pretensji – bo na własne życzenie. Nie wiem, dlaczego przy ustalaniu grafiku nie przyszło mi do głowy, że to dużo.

Na szczęście wszędzie wycisza się i dyżur w piątek można nazwać relaksującym w Lwiej Górze. Ten oddział nie będzie już COVID-owy. Na moim dyżurze było raptem dziewięciu pacjentów i nic się nie działo, a więc odpocząłem, pisałem i czytałem.

Ostatnio zainteresowała mnie literatura science fiction: kosmiczne opery opowiadające o podróży do gwiazd, pokonywaniu nadświatlnych prędkości, gigantycznych odległości i mniej lub bardziej wyrafinowanych obcych cywilizacjach. Wierzę, że w końcu uda nam się jako gatunkowi osiągnąć taki etap rozwoju, że będziemy prowadzić aktywną ekspansję międzygwiazdową. Żałuję, że nie dane mi będzie zobaczyć tego fascynującego etapu podboju kosmosu, urodziłem się za wcześnie... Oczywiście to wszystko może się udać, jeśli sami się nie unicestwimy po drodze, a tendencje autodestrukcyjne mamy bardzo silne. Ciekaw też jestem, jacy będą obcy, bo w to, że jesteśmy sami we wszechświecie, nie wierzę. Pewnie pierwsze nieznanne istoty, jakie napotkamy, to będą prymitywne odpowiedniki naszych bakterii. Ale w końcu znajdziemy Ich lub pozostałości po Nich. Oby tylko się nie okazało, że są od nas o wiele bardziej zaawansowani i stoimy im na przeszkodzie. W końcu my też nie przejmujemy się mrówkami, budując autostradę, prawda?

Dzisiaj w oddziale w Lwiej Górze miałem raptem dziewięć osób, z czego jedynie dwie panie wymagały high-flow, reszta grzecznie trzymała saturację na masce z rezerwuarem albo wążach tlenowych. Jak zwykle w takim momencie mój wrodzony entuzjazm podsuwa mi jedną głupią myśl, która kiedy zakiełkuje, to ściąga kłopoty. Pomyślałem, że zapowiada się kolejny nudny dyżur...

Wszyscy pacjenci byli w stanie stabilnym, poza jednym z podwyższonym potasem, nikt nie miał nawet niepokojących wyników laboratoryjnych. A jednak około jedenastej dostałem informację, że pacjent, który umarł na oddziale intensywnej terapii, a był przekazany tam z naszego oddziału, ma

w popłuczynach z dróg oddechowych z dużym prawdopodobieństwem wyhodowaną bakterię *Klebsiella pneumoniae* – New Delhi. To wysokiej klasy skurczybyk oporny na wszystkie znane antybiotyki. Jeśli w szpitalu jest alert patogeny, przy którym lekarzowi powinna zapalić się czerwona lampka, to właśnie New Delhi... do tego jeszcze powinna wyć syrena, a światła wirować oślepiająco.

Każda kłamka na oddziale pali żywym ogniem, a ręce wielokrotnie i obsesyjnie myję i dezynfekuję. Oczywiście rusza cała procedura, powiadamiam ordynatora, on dyrektora do spraw medycznych, pielęgniarkę epidemiologiczną. Dzwonię do dyspozytora pogotowia i koordynatora wojewódzkiego. Każdy pacjent jest izolowany, puste sale są odkażane i zamglawiane, no i wszyscy pacjenci i ci co mieli z nimi dłuższy kontakt, mają mieć wymazy z odbytu. Początkowo przyszła decyzja o tym, że personel również, ale odwołano ją.

Właśnie leżałem na wersalce okrytej nieśmiertelnym od lat zielonym kocykiem, kiedy zadzwieczał dzwonek telefonu.

– Pani Halinie leci saturacja na łeb na szyję, ma już 75% i ciągle spada. Minutę temu miała 80!

– Lecę.

Zerwałem się, chwyciłem stetoskop i maseczkę chirurgiczną. Wbiegłem szybko po schodach bez wkładania ochronnych ciuchów na odcinek „brudny”. Jeśli spadek jest tak szybki i dramatyczny u leżącej trzy tygodnie pacjentki, to coś dzieje się „na ostro”. COVID u niej nie ma prawa już się tak zaostrzyć – nie w ciągu godzin czy minut.

Pani Halina wyglądała inaczej niż rano, dyszała jak parowóz, jej skóra była sinawa, lepka od zimnego potu. Siwe włosy sklejały się w mokre strąki, a usta przybierały niebezpieczny bladoniebieskawy kolor. Natychmiast zwiększyłem przepływ tlenu w HNFC z 25 do 60 litrów.

– Proszę przynieść NIV i telefon – powiedziałem do stojącej obok pielęgniarki.

Badanie fizykalne, czyli to, co można zobaczyć oczami, wysłuchać, wyczuć zmysłem powonienia, poczuć palcami, uciskając odpowiednie struktury ludzkiego ciała, plus wywiad lekarski to najważniejsze elementy w diagnostyce. Nauczyciel fizjologii człowieka na studiach w trakcie jednych zajęć powiedział, że jeżeli w ciągu pięciu minut od wejścia pacjenta do gabinetu – przy rozmowie i badaniu fizykalnym, nie wiesz, co mu jest, to prawdopodobnie nigdy się tego nie dowiesz. Teraz nie

potrzebowałem pięciu minut. Wystarczyło kilka przyłożeń słuchawki do klatki piersiowej, parę opukiwań, aby wysunąć najbardziej oczywistą diagnozę. Ledwie słyszalny szmer pęcherzykowy po stronie prawej wraz z wypukiem nadmiernie jawnym i asymetrią w ułożeniu klatki piersiowej w sposób jednoznaczny wskazywał na to, że pacjentce „strześliło” płuco.

– Dajcie najgrubszy wenflon albo zestaw do nakłucia opłucnej, przywieźcie NIV-a – powiedziałem do pielęgniarki i wykręciłem numer na chirurgię, a następnie anestezjologię i intensywną terapię.

Anestezjolog był pierwszy, zajęło mu to ledwie chwilę. Oni są trochę jak strażacy – przyzwyczajeni, żeby być szybko na miejscu zdarzenia, a z chirurgami różnie bywa.

– Nagłe pogorszenie stanu, z drastycznym spadkiem saturacji. Przed chwilą założyłem NIV, teraz już całkowicie nie słyszę prawego płuca, a rano słyszałem. Chwilowo trzyma 85% saturacji, ale stopniowo spada. Wszystko wygląda na to, że to odma.

Pielęgniarka właśnie przyniosła zestaw do nakłucia opłucnej.

– Nakłuwamy?

– Musimy zrobić RTG – włączył się chirurg, który właśnie przyszedł.

– Nie wiem, czy da radę do zdjęcia... – zacząłem powątpiewać i żałować, że nie odbarczyłem tego sam, zanim przyszli. Byłem pewien swego.

– Jedziemy, najwyżej nakłujemy po drodze – zdecydował anestezjolog.

Pojechaliśmy.

Pracownia RTG jest na parterze, więc trzeba było zjechać windą, do której ledwo zmieściliśmy się we troje: ja, pielęgniarka i anestezjolog. Było ciasno razem z łóżkiem i sprzętem. Wziąłem standardowo dwie butle tlenowe, a w kieszeń upchnąłem trzy największe wenflony.

Pracownia, w której siedziała emerytowana już technik radiologii, była powiadomiona, choć okazało się, że bez wklepania danych ze skierowania nie można zrobić zdjęcia. Starszej kobiecie, kiedy usłyszała, że to na cito i że życie pacjentki jest zagrożone, drżały ręce i ze zdenerwowania pomyliła jakieś dane w systemie, a ten się zawiesił. A czas płynął...

– Saturacja 65 i spada. Nakłuwamy? – zapytałem anestezjologa. Chirurg gdzieś się zgubił.

– Za ile to zdjęcie? – zawołał do techniczki.

– Nie wiem, nie przechodzi, próbuję i próbuję, coś się zawiesiło... – odpowiedziała łamiącym się głosem kobieta.

– Proszę gruby wenflon, butelkę i wężyk od kroplówki – zarządził anesteziolog.

– 62% saturacji.

Podaliśmy kaniulę i nie czekając na butelkę i wężyk, wbił igłę w przednią ścianę klatki piersiowej, dokładnie w miejsce wskazane w podręcznikach do medycyny ratunkowej¹¹⁵. Usłyszeliśmy głośny syk, przebijający się nawet przez szum NIV-a. Sprężone powietrze uciekało właśnie z klatki piersiowej. Pacjentka była ledwie przytomna, ale saturacja przestała spadać i bardzo powoli zaczęła rosnąć. Dziewczyny przybiegły z drenem od kroplówki, który szybko przeciął anesteziolog i włożył do butelki z wodą. Pod powierzchnią wody zaczęły z wężyka wypływać bąbelki powietrza, to tymczasowe rozwiązanie, w każdej chwili wąski mandryn może się zagiąć bądź stracić drożność. Wtedy znowu uwięzione i zwiększające swoją objętość powietrze w klatce piersiowej będzie uciskać na płuca.

– Mam, możemy robić! – krzyknęła emerytka i z naszą pomocą układała płytę od RTG za plecami ledwie przytomnej pacjentki.

Kilka sekund później zdjęcie było gotowe, a na ekranie monitora pojawiła się ogromna prawostronna odma zgniatająca praktycznie całe prawe płuco.

– Jedziemy założyć drenaż, szybko – zdecydowałem.

– Do naszego zabiegowego jest bliżej. – Wyjeżdżając z chorą, powiedział anesteziolog.

– Tylko gdzie jest chirurg? – zapytałem pielęgniarki.

– Nie wiem, zadzwonię – rzuciła w biegu.

Wszystko działo się błyskawicznie, dojeżdżając do zabiegowego, chirurg się odnalazł, szedł z zestawem.

– Czekalem na górze. Co z nią?

– Sypie się. Ma masywną odnę prawostronną w RTG.

– Trzeba zdrenować – dodał anesteziolog.

Kobieta, mimo punkcji odbarczającej, coraz bardziej odpływa i przestaje reagować na bodźce. Saturacja znowu, choć ma maksymalne ustawienia respiratora, spada.

– Weźmie ją doktor do siebie? – zapytałem.

– Kurwa... Zawsze jak coś się spierdoli na internie, to tylko weźmie i weźmie. A może odbije się po drenażu – zdenerwował się anesteziolog.

– Ja sobie poradzę z respiratorem, tylko nie ma jak tu podłączyć tlenu i ssania jednocześnie, a ona chyba będzie „na rurę” – odpowiedziałem

z niesmakiem, bo nie lubię, gdy ktoś na mnie wrzeszczy.

Drenaż opłucnej zaraz po założeniu przez chirurga zabulgotał wesoło, kiedy maszyna zaczęła podciśnieniem wyciągać powietrze z jamy opłucnowej i tłoczyć je pod wodę, miało to rozprężyć płuco. Nie poprawiło to jednak stanu pacjentki. Po chwili przestała łapać samodzielnie oddechy. Anestezjolog szybko przyłożył dwa palce do tętnicy szyjnej, a monitor, do którego była podpięta, mimo że wskazywał wciąż akcję serca, pokazywał również, że saturacja leciała na łeb na szyję.

– Zatrzymała się. PEA, intubujemy – rzucił do swojego zespołu anestezjolog, nie wyczuwając pulsu.

Zacząłem uciskać klatkę. Usunęliśmy jedną z odwracalnych przyczyn zatrzymania krążenia, wspomnianą na początku książki w tzw. zasadzie 4H4T, jedno z T to właśnie z angielskiego *tension pneumothorax*, czyli odma prężna. Gdybyśmy tego nie zrobili, chora niechybnie by umarła. Odbiła szybko zaledwie po jednej adrenalinie i czterech minutach prowadzonej reanimacji.

– Czuję puls na udowej, wyraźnie – powiedziałem przy drugim sprawdzeniu rytmu.

– Ja na szyjnej też. Wróciła. Jest moja – odpowiedział anestezjolog.

Aż trudno uwierzyć, że całość od alarmującego telefonu do przekazania pacjentki na oddział intensywnej terapii trwała raptem 40 minut. Uspokajając buzujące wciąż emocje, wypełniam dokumentację medyczną i opisuję w obserwacjach całość zdarzenia. Po wszystkim wypijam kubek gorącej kawy i znowu popadam w letarg, nie mam siły nic czytać. Pod moją opieką pozostało ośmiu pacjentów, a karetki z uwagi na zagrożenie epidemiologiczne New Delhi nie będą przywozić nowych przypadków.

Dawno w pracy nie uciałem sobie popołudniowej drzemki, tu zaś bezkarnie przespałem ponad godzinę, kiedy zbudził mnie zwyczajny telefon informujący o tym, że są już popołudniowe cukry. Nic ciekawego mnie dzisiaj nie czeka...

#

– Czy wszystko w porządku? Coś się dzieje? Czegoś pan potrzebuje? – zapytałem standardowo na wieczornej wizycie.

Jak mawiał jeden z moich starszych kolegów, wieczorny obchód to taka wizyta duszpasterska. Trzeba zobaczyć, czy z chorymi nic się nie dzieje,

wysłuchać ich skarg i zażaleń, w razie potrzeby zapewnić im spokojną noc, zwłaszcza jeśli coś ich boli.

– Bolą mnie plecy...

– Dobrze damy tabletkę. Zapamiętuję nazwisko chorego, by zaordynować lek.

– Doktorze, izba dzwoni. Mówią, że to pilne.

– Słucham – powiedziałem, przejmując słuchawkę.

– Mamy kobietę po próbie samobójczej... – poinformowała pielęgniarka.

– Co? To chyba na SOR karetką powinna jechać albo psychiatrię, nie do nas na izbę.

– No do nas tacy nie przyjeżdżają, ale pacjentkę przywiozła rodzina...

– Jaka to próba? – zapytałem, bo pomysłowość ludzka nie zna granic, ale podejrzewałem, że to coś bardziej internistycznego, inaczej dzwonili by po chirurga.

– Tabletki.

– Idę, szykujcie zestaw do płukania żołądka – powiedziałem, wychodząc szybkim krokiem z oddziału po schodach.

Kiedyś na studiach jeden ze starszych wykładowców zapytał, czy wiemy, jakie jest najważniejsze wyposażenie gabinetu lekarskiego. Studenci strzelali stetoskop, EKG, ciśnieniomierz, komputer, USG.

– Nie – powiedział starszy profesor. – Parawan.

Parawan jest najważniejszy i nie chodzi o to, żeby osłonić pacjenta przed wzrokiem innych. On jest ważny, żeby lekarz, kiedy zleci inne czynności np. pomiar ciśnienia, EKG, się za nim mógł skryć i w pozostawionej tam książce upewnić się, czy ma rację, bądź naprowadzić siebie na rozwiązanie problemu lub przypomnieć sobie dawkowanie leków. Dziś zamiast książki jest smartfon, choć mając komputer, którego monitor jest odwrócony w naszą stronę, również możemy coś szybko sprawdzić. Lepiej jest dwa razy się upewnić, niż raz się pomylić. Zbiegając po schodach, nie potrzebowałem parawanu, by nikt mnie nie obserwował, ale szybko szukałem informacji, jak prawidłowo postępować w zatruciu lekami. Do tej pory nigdy nie robiłem płukania żołądka, przynajmniej człowiekowi.

Izba przyjęć tutejszego szpitala zmieniła się nieco od czasów przedcovidowych, korytarz do niej prowadzący był świeżo wyremontowany, odmalowany i wyłożony łatwym w utrzymaniu czystości gumoleum. Jednak sama sala, gdzie na wózku siedziała tyłem do wejścia

pacjentka, pozostawała niezmienna, pewnie od ładnych kilkunastu lat z tymi samymi szpitalnymi kafelkami.

Młoda kobieta, o farbowanych blond włosach mogła mieć ze trzydzieści kilka lat, miała zrobiony dość mocny makijaż, który rozmazał się na skutek płaczu, tworząc czarne smugi zdobiące jej policzki.

– Chciała się pani zabić? – pytam prosto bez owijania w bawełnę.

– Tak... – odpowiada, płacząc.

– Ale teraz pani nie chce umierać?

– Nie...

– Co pani wzięła?

– Trzy tabletki alproxu, dwie chlorprotixenu i trzy tabletki positivum i popiłam alkoholem.

– Koleżanka napisała na karteczce – mówi pielęgniarka, podsuwając mi świstek papieru.

Alprox, czyli alprazolam, jest lekiem uspokajającym, a chlorprotixen neuroleptykiem o niewielkim działaniu przeciwdepresyjnym. A positivum? O ironio losu, wyciąg z szyszek chmielu i melisy, nawet w dużej ilości prędzej wywoła sraczkę niż udaną próbę samobójczą. Problem w tym, że wszyscy ludzie kłamią i liczba tabletek mogła się różnić o rząd wielkości albo dwa, a to byłby już realny kłopot. Tabletki „zjadła” pół godziny temu, więc zostało jakieś trzydzieści minut, żeby przeprowadzić płukanie żołądka.

– Mamy sondę, lejek i węgiel aktywny? – zapytałem pielęgniarki.

– Sondę tak, lejka nie, a węgiel cóż, chyba jest. Powinien być – dodała szybko.

– Pani Karino, musimy wypłukać żołądek – oznajmiłem. – To szykujemy miednicę na popłuczyny, miskę z ciepłą wodą, sondę i żanetę¹¹⁶, jeśli nie ma lejka. Założymy sondę przez nos do żołądka. Będzie to nieprzyjemne, ale dzięki temu pozbędziemy się tabletek – powiedziałem do kobiety.

– Mamy węgiel, ale w kapsułkach po 200 mg – oznajmiła pielęgniarka, znajdując opakowania na dnie szafki.

– Dobrze, trzeba go wysypać z osłonek – stwierdziłem.

Szkoda, że nikt nie pomyślał, że trzeba kupić węgiel w proszku, odmierzenie 40 gram to jakieś 200 kapsułek. Perfidnych kapsułek, nie dało się ich tak po prostu otworzyć, trzeba było przecinać je nożyczkami... Zająłem się tym, kiedy koleżanki szykowały sprzęt.

– Doktorze, nie idzie... – powiedziała młodziutka pielęgniarka, jak się później okazało, Sylwia pracuje dopiero rok w zawodzie.

– Już patrzę – powiedziałem.

Spróbowałem włożyć posmarowaną żelem znieczulającym sondę do nosa, ale wyczułem opór po jednej i po drugiej stronie.

– Ma pani krzywą przegrodę? – zapytałem.

– Miałam robioną plastykę na laryngologii – odpowiedziała kobieta.

– Dajcie nową sondę, pójdziemy przez usta... – Westchnąłem i wyrzuciłem nieco przybrudzony krwią wężyk do czerwonego worka.

Tym razem poszło gładko, po przeminięciu krótkotrwałego odruchu wymiotnego zaczęliśmy wlewać wodę do żołądka i usuwać do miednicy popłuczyny. Pacjentka ładnie współpracowała, dzielnie znosząc niewygodną rurkę w gardle.

– W sumie to pierwszy raz robię płukanie żołądka – przyznałem.

– Ja też. – Sylwia się uśmiechnęła.

– Ya teeszz – stęknęła pacjentka.

Było to wręcz kuriozalne.

– Proszę nie mówić, pani Karino, niedługo kończymy.

Przypomniałem sobie, że jedyny raz, kiedy pomagałem wykonać takie płukanie, to było u weterynarza, a poszkodowanym był mój pies ze skrętem żołądka. To leczenie zachowawcze, będące alternatywą dla bardzo obciążającego zabiegu u starych psów.

Nie udało nam się uzyskać tabletek w popłuczynach, podaliśmy również węgiel aktywny.

– Coś mi będzie? – zapytała chora.

– A zjadła pani tyle tabletek, ile powiedziała?

– Tak.

– Zjadła pani wszystkie tabletki w opakowaniu, jakie były, czy coś zostało?

– Alproxu wszystkie, a tamtych dwóch to nie.

– A ile było tych tabletek?

– Ostatnie trzy.

Już o to pytałem, ale często zadawanie pytań w inny sposób pozwala dociec prawdy, ludzie potrafią się pogubić w kłamstwach, ale prawdę pamiętają zazwyczaj dobrze.

– A ten alkohol? Ile pani wypła do tych tabletek? – zapytałem, bo pacjentka nie wyglądała na pijaną, a umknęło mi to wcześniej, kiedy zabieraliśmy się za płukanie żołądka.

– Dwa łyki piwa... – powiedziała kobieta.

Ech, co to za ilość... Myślałem, że przygrzała chociaż wodę.

– To nic pani nie będzie. Po węglu może być co najwyżej zatwardzenie. Zrobimy EKG, pobierzemy badania laboratoryjne i zbadam panią – powiedziałem, nie bagatelizując wydarzenia.

Po rozpięciu bluzy z kapturem, którą miała na sobie, i poniesieniu prześwitującej nieco koszulki do badania, moim oczom ukazał się całkiem ładny, różowy, koronkowy komplet bielizny. Powoli wszystko zaczynało się układać.

– Dlaczego pani chciała to zrobić? – zapytałem, patrząc jej w oczy.

– Mąż mnie zdradził – odpowiedziała, odwzajemniając spojrzenie.

– Dawno?

– Rok temu... – przyznała, opuszczając wzrok.

Tego się nie spodziewałem. Myślałem, że to świeża sprawa.

– W Meksyku... z Meksykanką – dodała po chwili ciszy, dalej patrząc w podłogę i skubiąc skórki wokół żelowych paznokci.

– Jak długo pani wie? – zapytałem łagodnym głosem, było mi jej szkoda.

– Od roku. Przerabialiśmy terapię małżeńską, choć on był jej przeciwny...

– I?

– Obiecał mi, że zerwał z nią kontakt. A wczoraj wzięłam jego komórkę i okazało się, że nie.

– Mąż zamierza wrócić do Meksyku?

– Nie, nie pozwolę mu. Ale chciał tę lafiryndę ściągnąć tu. Bo ona jest taaaka biedna... Pokrzywdzona przez los, że sobie obcego męża upodobała.

– Pani wcale nie chciała się zabić, prawda? – zadałem retoryczne pytanie.

– Nie! – odpowiedziała z dziwną siłą w głosie. Przestała wyglądać na przestraszoną ofiarę, która zdobyła się na nierozważny krok.

– Chciała pani wymusić na nim zerwanie? – dociekałem, choć znałem odpowiedź.

– Tak! I udało się! Błagał mnie na kolanach o przebaczenie, kiedy usuwał jej numer z komórki – powiedziała z dziką satysfakcją i dziwnym błyskiem szaleństwa w oczach.

– Chciałam, żeby wiedział, że może mnie stracić. Żeby zrozumiał, jak mnie rani, żeby kochał tylko mnie!

Milczałem przez moment, patrząc na kobietę. Po chwili odezwałem się znowu.

– W EKG nie ma odchyień od normy, wyniki badań laboratoryjnych będą za godzinę, dwie, ale muszę panią poobserwować do rana.

#

Kiedy zajrzałem do pacjentki godzinę później, makijaż miała już poprawiony i z dużą zawziętością pisała coś na komórce. Uśmiechnęła się, jak wszedłem.

– Jak się pani czuje?

– Dobrze.

– W badaniach na razie nie ma nic niepokojącego.

– Mąż przyniósł mi dresik w trakcie tego płukania. Nieco zalałam sobie legginsy, może do mnie wejść?

– Nie, nie ma odwiedzin w szpitalu. Mamy reżim epidemiologiczny i na izbę przyjęć wpuszczane są jedynie osoby wymagające pomocy lekarskiej. Pielęgniarka przyniesie pani rzeczy – odpowiedziałem neutralnym tonem.

Straciłem do niej wszelką empatię, zmanipulowała męża, by osiągnąć cel. Owszem była przez niego skrzywdzona, ale to można inaczej rozwiązać. A to co najbardziej mnie osobiście rozsierdziło, to to, że wykorzystwała nas do tego i zrobiła to z dużym wyrachowaniem. Szczęściem było to, że nikt nie wymagał w tym czasie naszej pilnej pomocy.

Rano pacjentka pojedzie na psychiatrię, aby specjalista ocenił jej stan po próbie samobójczej – pomyślałem sobie i się uśmiechnąłem. Trzeba brać odpowiedzialność za swoje czyny.

#

Izba przyjęć jest swoistym folklorem, pacjenci potrafią zgłaszać się ze wszystkim. Tu, w szpitalu w Lwiej Górze, jest dwóch lekarzy, którzy na nią schodzą – ja i chirurg. Obecnie miałem wstrzymane przyjęcia, co nie przeszkadzało mi leczyć doraźnie skoku ciśnienia u chorej z niewielką dekompensacją krążenia. Leki zastosowane doraźnie oraz recepta, którą rano od mnie otrzyma, powinny rozwiązać ten problem. W sali obok leżała pani po próbie samobójczej – nawet nie była senna, po tym co się wchłonęło z leków uspokajających, wciąż zawzięcie pisała na telefonie.

Nie zdziwił mnie telefon o drugiej w nocy, że pacjent zgłosił się na izbę.

– Nawalona matka przyszła z partnerem i dwuletnim dzieckiem. Mówi, że dziecko coś zjadło.

– Przecież tu nie ma pediatrii, powinni iść na nocną i świąteczną albo na pediatrię – odpowiedziałem.

– To samo im powiedziałam, ale zaparli się, że nie pójdą, dopóki nie obejrzy ich lekarz – usłyszałem od pielęgniarki.

– Już idę. – Westchnąłem i zebrałem się z kanapy.

Wcale mi się nie uśmiechało tłumaczyć, że to nie jest fast food, nie wchodzi się i nie żąda frytek, bo tu pediatry nie ma. Ginekologa ani kardiochirurga też nie, więc chyba nikt nie oczekuje, że zostanie zbadany per vaginum czy przejdzie operację serca. No dobra, to nie ten kaliber, ale przyjmowanie dzieci nie leży w zakresie moich obowiązków i umiejętności. Pod warunkiem oczywiście że dziecko nie jest bezpośrednio zagrożone utratą zdrowia czy życia, można odwlec pomoc do czasu udzielenia jej we właściwej jednostce.

Wyszedłem przed izbę i zobaczyłem rodziców.

Ona wyraźnie chwiała się na nogach, a on był nieco przestraszony, ale chyba trzeźwy, a przynajmniej nie było tego widać.

– Mamy skierowanie do szpitala, Kasjan zjadł coś na grillu, kawałek mięska albo coś i ciągle płacze – powiedziała matka.

– Ale tu nie ma pediatry. Nie ma pediatry. – Rozłożyłem ręce.

– Ale jest szpital?

– No to jest szpital, tylko nie ma tu lekarza od dzieci ani oddziału dla nich. Niech pani pokaże to skierowanie.

Oddział Dziecięcy – Z03¹¹⁷, moje ulubione rozpoznanie ze skierowań od lekarzy rodzinnych, zupełnie nic nieznaczące, z dopiskiem: „Dwuletni chłopczyk płacze po zjedzeniu kawałka mięsa z grilla lub bliżej niezidentyfikowanego przedmiotu”. Cudownie.

Chłopiec był rozdrażniony i płaczący, brzusek pomiędzy napadami płaczu był miękki. Zresztą może po prostu był zmęczony i chciał spać. Nie będę jednak decydować za pediatrę, do którego lekarz nocnej i świątecznej pomocy wysłała pacjenta. Nie mam ku temu ani wiedzy, ani uprawnień.

– Najbliższa pediatria, na którą mają państwo skierowanie, jest 20 kilometrów stąd... Spokojnie mogą państwo jechać z synkiem własnym transportem.

Odchodząc, słyszałem, jak się spierają, czy faktycznie zjadł to mięsko, czy nie i czy jechać, czy wracać do domu.

#

Następny dzień minął intensywnie. Na moim rodzimym oddziale było znacznie ciężej niż na tym, na którym spędziłem poprzednią dobę. Pacjentów wciąż było ponad 30, po zamknięciu się większości okolicznych oddziałów COVID-owych dochodziły nam pojedyncze przypadki. Choć i tego jak na pół województwa było niewiele, raptem jeden wykwintny alkoholik i dwie starszki. Jeszcze miesiąc temu tylko z naszego rejonu potrafiliśmy mieć po dziesięciu „chętnych” na miejsce w szpitalu – dziś skala jest znacznie mniejsza.

Wykwintny alkoholik na wstępie powiedział, że jest alkoholikiem, ale się nie upija. Od kilku lat wypija 0,7 whisky na 5 dni. Niby to tylko szklaneczka dziennie, pomyśli większość osób, ale to wystarczy, żeby wywołać objawy odstawienne. Ręce mu drżą niespokojnie, a on zna ten stan. Był już kiedyś na odwyku i informuje o tym, zanim się rozkręci, wymaga też dużo tlenu. Tak czy siak należy mu się regularna dawka uspokajaczy, które pozwolą przetrwać ostry okres odstawienia.

Skąd te drżenia niezależne od woli osoby, która przestała pić?

Alkohol wpływa na neuroprzekazniki w głowie, ma działanie hamujące na pewne ośrodki między innymi odpowiedzialne za kontrolę zachowań i popędów. Osłabiając hamowanie tych ścieżek w mózgu, doświadczamy efektów euforycznych, język się rozwiązuje, a myśli często płyną szybko, co jest oczywiście subiektywnym uczuciem dającym nieadekwatną pewność siebie i ułudę kontroli. Tak naprawdę ruchy stają się bardziej niezborne, a refleks, reagowanie na bodźce i postrzeganie wraz z kolejnymi porcjami trunku wolniejsze. Te efekty wszyscy pijący okazjonalnie znają, skąd zaś pobudzenie psychoruchowe po odstawieniu alkoholu? Organizm zawsze dąży do homeostazy, stanu optymalnego, na jaki został genetycznie zaprogramowany. Wyobraź sobie, że zażywasz substancję przewlekle, która hamuje ośrodki w twojej głowie, twoje ciało stara się temu przeciwdziałać. Wątroba coraz szybciej metabolizuje alkohol, rozpędzone enzymy wątrobowe będą dzięki temu działać na pełnych obrotach nawet przy mniejszych ilościach trunków, dając alkoholikowi w pierwszych stadiach choroby „silną głowę”. Twój mózg będzie przeciwdziałał hamującemu działaniu alkoholu, rozwijając mechanizmy obronne. To jak byś napierał na zbliżającą się ścianę i siłą mięśni próbował ją powstrzymać. Co się stanie, jak ściana nagle zniknie? Albo zaczniesz robić szybko kilka kroków, łapiąc równowagę, albo upadniesz. To samo jest tu, tylko proces trwa nie minuty, a dni lub tygodnie. Stąd mechanizmy przeciwstawiające depresyjnemu

działaniu na ośrodki mózgowy wywołają po odstawieniu alkoholu; pobudzenie, drżenia i inne objawy psychosomatyczne. Wystarczy jedno piwo dziennie przez miesiące czy lata i możesz mieć zespół odstawienny, zmiany osobowości, a jak będziesz miał pecha, to marskość wątroby. Pamiętam młodego chłopaka w moim wieku, który pił przez 2 lata „tylko” dwa piwa dziennie. Umierał strasznie, olbrzymie wodobrzusze, rozhuśtany układ krzepnięcia ze skrajną małopłytkowością, w pewnym momencie zaczął krwawić z każdego otworu w ciele. Wykrwawił się, niedługo po tym, jak spazmy krwistych wymiocin z żyłaków przełyku przestały wstrząsać jego wątłym ciałem.

Stąd lepiej jest pić alkohol okazjonalnie, od czasu do czasu, a najzdrowiej nie pić wcale. I tu żeby nie wyjść na hipokrytę, o ile papierosami gardzę całkowicie i nigdy nie splamiłem się choć jednym wypalonym szlugiem, tak od czasu do czasu szklaneczkę whisky czy butelkę wina z przyjaciółmi wypić lubię.

#

Mimo zmęczenia doktor Julia pod czujnym okiem doktora Bródki zaintubowała swojego pierwszego pacjenta. Chory miał pecha, wybudziliśmy go niedawno spod respiratora, dziś w kolejnych godzinach jego stan się pogarszał. Nie miał siły odksztuszać wydzieliny, narosły mu parametry zapalne, saturacja sukcesywnie spadała, a nad płucami rozlegały się niemożliwe do odkrztuszenia rżenia. Rozwinął VAP (ang. *ventilator-associated pneumonia*) – zapalenie płuc związane z wentylacją mechaniczną. Ponownie należało wprowadzić go w śpiączkę farmakologiczną, jak się później okazało, z tego „snu” w przeciwieństwie do poprzedniego nie miał się już wybudzić.

Byliśmy umęczeni, wcześniej tego samego dnia reanimowaliśmy pacjenta, który zatrzymał się kilkanaście minut po powrocie z pracowni TK. Dopiero kilka godzin po śmierci przyszedł wynik tomografii pokazujący zatrważającą zatorowość, obejmującą większość naczyń od drobnych obwodowych, po główne tętnice płucne, gdzie niczym kowboj dosiadający okrakiem wierzchowca usadowił się w głównych odgałęzieniach tętniczych zator, zresztą stąd też jego nazwa – „zator jeździec”.

#

Nazajutrz rano pojechałem wraz z szefem na przesłuchanie. Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej miał mnie przepytać w sprawie pewnego pacjenta sprzed ponad roku. To ta część zawodu lekarza, której nie lubię, na szczęście dotychczas właściwie mi obca. W ciągu moich czterech lat pracy wzywany byłem raptem dwa razy, właśnie teraz jest ten drugi. Po półtoragodzinnej jeździe autem w gabinecie rzecznika spędziłem około dziesięciu minut. Powodem wezwania była skarga właścicielki domu pomocy społecznej, która uważała, że „obrażam jej DPS, pisząc w rozpoznaniach, że pacjent jest wyniszczony z niedożywienia”, i ona nie rozumie, jak tak można – przecież karmią pacjentów. Tymczasem chory, który trafił do nas dwa razy, był skrajnie zagłodzony, odwodniony, ze świerzbem. Za drugim razem trzy dni po pierwszym pobycie w szpitalu, gdzie jadł i pił z pomocą opiekunek, odwodniony, w odchodach, zdążył powiedzieć tylko, że nikt mu w DPS-ie przez ten czas nawet szklanki wody nie dał. Był w tej samej koszulce, którą dostał na oddziale z napisem zrobionym czarnym markerem dla pralni „Oddział Wewnętrzny”. Ten jeden raz w mojej karierze zrobiłem notatkę służbową z dokumentacją fotograficzną. Przekazaliśmy to odpowiednim instytucjom. Młyny sprawiedliwości miały wolno, ale miały. Dzięki tej notce rozmowa z rzecznikiem była krótka i treściwa. W drodze powrotnej utknęliśmy w korku na cztery godziny – naprawdę w dobie pandemii można to było załatwić online. Teraz chyba nawet rozprawy sądowe odbywają się online...

Zmęczony tym maratonem marzyłem o powrocie do domu, jutro przecież trzeba znowu przyjść przed ósmą do pracy...

– <Hic>.... <hic>... <hic>... – rozległ się odgłos czkawki mojej 4-dniowej wówczas córki, nagrałem go, kiedy drżała z zimna i kangurowałem ją. To były piękne chwile pełne radości i czułości, a ta całkowicie bezbronna istota zasypiała czkając, ogrzewana ciepłem mojej klatki piersiowej. Teraz to nagranie od wielu miesięcy mówi mi o tym, że otrzymałem SMS.

Napisał lekarz ze szpitala w Lwiej Górze, że personel ma sobie pobrać wymaz. Trzeba to trzeba. Patyk w dupie, wspaniałe podsumowanie ostatnich czterdziestu ośmiu godzin mojej pracy.

#

W końcu okazało się, że to nie New Delhi, bo bakteria była wrażliwa na dwa antybiotyki, więc wszystkie wymazy były do niczego... Żeby nie powiedzieć do dupy. Szkoda, że nie dowiedziałem się o tym dzień wcześniej, nie musiałbym się... hmm... fatygować.

#poniedziałek 14 czerwca

W ramach przygotowania do kolejnej jesiennej fali zachorowań zakupiono płucoserce. ECMO jest terapią ostatniej szansy. Mamy również przeszkolonych do tego ludzi na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii. Nawet gdy COVID będzie już mroczną przeszłością, to urządzenie będzie ratować życie chorym na naszym OIOM-ie.

#środa 30 czerwca

Symboliczna data kończąca dziennik. Od dobrego miesiąca przypadki pacjentów zakażonych koronawirusem są rzadkie, jest o wiele większe zapotrzebowanie na miejsca internistyczne. W całym województwie w tym momencie (łącznie z moim) są tylko dwa oddziały COVID-owe. Nieprzypadkowo wybrałem tę datę, mimo że poprzedni wpis „dziennikowy” poza informacją o ECMO jest z maja. Dziś odbywa się protest Innego Zawodu Medycznego jak MZ określiło w ustawie zawód ratownika medycznego. Ratownicy nie doczekali się swojej ustawy o zawodzie, zostali zrównani płacowo i ideologicznie z innymi zawodami medycznymi, a według mnie jest to cholernie niesprawiedliwe. Nie wyszczególniono ich w siatce płac i mimo trzyipółletnich studiów wyższych są stawiani na równi z takim klasyfikatorem grzybów (grzyboznawca po odpowiednio trzy- i ośmiodniowym kursie), asystentką stomatologiczną czy inspektorem ochrony radiologicznej. Chłopaki wożą naszych ojców z zawałami, matki z udarami, podają potrzebne leki czy ogarniają rannych z wypadków. Wśród nich są: Tomek, który na jednym dyżurze ściągał dzieciaka z parapetu, żeby nie skoczył, a na drugim szykował się do odebrania porodu od COVID-owej ciężarnej; Krzysiek, który opowiadał, jak odcinał dziecko, które się powiesiło w szopie; Mateusz reanimujący młodego mężczyznę z zatrzymanym sercem.

Kebab w bułce i cola za godzinę reanimacji. Paczka orzeszków i piwo w barze, i to nie w Warszawie – na tyle teraz rząd wycenia godzinę ich pracy. W trakcie pandemii to bohaterowie, często jedyne osoby, które udzielały pomocy w domach, kiedy wszystkie miejsca w szpitalach były zapchane. A dziś... Po angielsku *Paramedic* brzmi dumnie, po polsku inny zawód medyczny – kurewsko niewdziecznie i niesprawiedliwie.

[115](#) Linia środkowo-obojętkowa, druga przestrzeń międzyżebrowa.

[116](#) Żaneta to rodzaj takiej dużej strzykawki, służy m.in. do podawania płynu przez sondę.

[117](#) Obserwacja medyczna i ocena przypadków podejrzanych o chorobę lub stany podobne.

Przyszłość szpitala

– Chcecie zobaczyć plany nowej interny? – zapytał szef któregoś dnia na odprawie.

– Pewnie – odrzekliśmy zgodnym chórem.

– Będziemy zajmować dwa piętra nad SOR-em... – zaczął szef, pokazując na komputerze kolorowe plany. – Dzięki temu będzie blisko na SOR i będziemy mieć nieco więcej łóżek niż na starej interny, ale sale będą względnie małe, jedno-, dwu- i trzyosobowe. Każda z bezpośrednim dostępem do łazienki. Tu będą gabinety lekarskie, a tu lada pielęgniarska i pokój socjalny – prezentował, wodząc palcem po monitorze. – Sala intensywnego nadzoru taka na trzy łóżka. Piętro niżej jest sala intensywnego nadzoru izolatkowa na kolejne trzy miejsca, tym razem ze śluzami, wszystko w szkle, z systemem podciśnienia. Odgródzone przeszklonymi ścianami od pielęgniarki. Taka na COVID...

– Albo na ebolę... – burknąłem pod nosem.

– Ebolę też... Oby nie było trzeba... – Padrino się uśmiechnął. – W tych salach chcemy prowadzić pacjentów internistycznych na respiratorach. Tam będzie też nerka i inne niezbędne sprzęty. Chcę mieć część oddziału jakby pomiędzy OIT-em a interną... – rozwinął myśl ordynator.

– A jak dalsze plany ze szpitalem? Jakies nowe oddziały?

– No staramy się, aby nasza neurologia była już czystą udarówką, wcześniej udary musiały jeździć do Ząbczyc lub Lecznicy. Na dachu szpitala właśnie trwają próby wytrzymałościowe i wzmacnianie stropów, ma być lotnisko dla helikoptera. Moduł, jak wygaśnie COVID, zamienimy w ZOL. Przebudowujemy starą chirurgię na nowoczesny blok operacyjny. Zamierzamy stworzyć oddział leczenia ran przewlekłych i oparzeń. W miejscu rozpoczętej już budowy przez poprzedniego dyrektora powstaną przychodnie, a na górze restauracja. Tak by chodzący pacjenci mieli gdzie

pójść zjeść z rodziną. Zresztą od miesiąca dostajemy posiłki do pracy. Smakuje?

– No pewnie, bardzo dobre – odpowiedzieliśmy.

W sumie, odkąd mam obiad w szpitalu, nie pamiętam, kiedy jadłem go w domu.

– No jesteście królikami doświadczalnymi. To samo mają jeść pacjenci – odpowiedział szef. – Dodatkowo chcemy wprowadzić obiady abonamentowe dla pracowników albo diety pudełkowe. Jeszcze nie wiem. W każdym razie zamysł jest taki, że będzie można wykupić dla siebie i rodzin.

Na chwilę zapadła cisza.

– A co z osiedlem dla staruszków? – zapytałem, przypominając sobie rozmowę przy zdecydowanie zbyt dużej ilości whiskey ze znajomym, który zajmował się budowlanką w naszym mieście.

– Osiedle dla staruszków, no co ty... – odezwał się ktoś.

– To już bardziej odległa przyszłość, ale rozważamy taką możliwość. Być może powstaną obok modułu, tam, gdzie wycięto drzewa – trzy bloki połączone przeszklonym patio z recepcją. W założeniu mają to być małe kawalerki lub mieszkania dwupokojowe, które się wykupuje dożywotnio od szpitala wraz z opłatą miesięczną. W zamian jest opieka szpitalna, pomoc w podawaniu leków, odpowiednia dieta, kluby seniora itp. Zamysł jest taki, aby stworzyć przyjazne i bezpieczne miejsce dla seniorów. Tak, aby mieszkali w swoich mieszkankach, a nie obskurnych DPS-ach. W razie problemów zdrowotnych przyjdzie lekarz czy pielęgniarka oddelegowana ze szpitala.

– Nie wciśnie szef gdzieś chociaż małego stołu z bilardem? – zapytałem żartem.

– Nieee... ale myślałem o tym, żeby w piwnicy zrobić siłownię dla pracowników¹¹⁸.

– Wow...

To wszystko brzmi super, ale ile jest w tym obietnic i marzeń, a ile faktów, zapewne wielu z was się zastanawia. Bo dlaczego właśnie tak nie powinien wyglądać szpital powiatowy? Ja mogę być pewien jednego, w mniejszym lub większym stopniu właśnie tak w ciągu najbliższych lat się zmieni. Bo jak Padrino z dyrektorem mówią, że tak będzie, to tak w końcu będzie. Do tej pory dotrzyмали każdej złożonej nam obietnicy.

[118](#) Siłowni na razie nie będzie, nie ma na nią miejsca.

Zakończenie

„Walka o oddech” jest zaledwie fragmentem rzeczywistości, przed którą postawił mnie los. To zapis momentami bardzo trudnych dla mnie wydarzeń. Wraz z „Niewidzialnym frontem” tworzą opowieść o tym, jak mały powiatowy szpital oparł się klęsce żywiołowej, jaką jest światowa epidemia. Przeszliśmy długą drogę od pierwszych doniesień o wirusie i organizacji pracy w nowej rzeczywistości do stworzenia, moim zdaniem, całkiem dobrego oddziału zajmującego się leczeniem ostrych niewydolności oddechowych. Mam wrażenie, że to wszystko zmieniło nas jako ludzi, przynajmniej mnie, gdyż nie chcę mówić za innych. Sporo się nauczyłem, a życie będące nieprzewidywalnym taktykiem, przetestowało mnie w boju. To był trudny czas dla wszystkich pracowników ochrony zdrowia i ich rodzin. Nie wszyscy będą mogli go wspominać, niestety nie obyło się bez ofiar, nawet w naszym małym gronie. Do dziś, idąc korytarzem ginekologii i położnictwa w kierunku SOR-u, mam nadzieję, że zobaczę doktora Skowrona. Przystaniemy, porozmawiamy, zapyta, co u mojej żony i Zuzi oraz kiedy znów się widzimy na porodówce. Niemniej w głębi duszy wiem, że tak się już nigdy nie stanie.

#

Pozwolę sobie przytoczyć odrobinę statystyk z ostatnich miesięcy. W trakcie pierwszej wiosennej fali opisywanej w „Niewidzialnym froncie” od początku marca do 1 lipca 2020 roku w całym szpitalu na COVID zmarły 42 osoby.

Począwszy od końca września 2020 roku do czerwca 2021 w oddziałach szpitalnych z pominięciem SOR-u hospitalizowaliśmy ponad 1700 pacjentów zakażonych koronawirusem. 359 z nich zmarło. Oddział

wewnętrzny, powiększony później o szpital tymczasowy, prowadził opiekę nad połową z nich (847). Wirus zabrał nam 179 pacjentów.

Na świecie z powodu infekcji SARS-CoV-2 zmarło ponad 4 miliony ludzi. W Polsce od początku pandemii wirusa zarejestrowano 2 miliony 880 tysięcy przypadków zachorowań i 75 tysięcy zgonów. Ile więcej osób zmarło naprawdę, pokaże dopiero raport GUS w 2022 roku, który całościowo oceni śmiertelność za ubiegły rok. A przecież to jeszcze nie koniec.

Co dalej?

Otwieramy się na normalnych pacjentów i czekamy. Indyjski wariant koronawirusa, poprawnie politycznie zwany Delta, jest czterokrotnie bardziej zakaźny od typu dzikiego i dwukrotnie od brytyjskiego. W momencie pisania tych słów zaczyna zbierać żniwo w zachodniej Europie, a my mamy jedynie 40% wyszczepionego społeczeństwa, ogromną niechęć do szczepień oraz cztery do sześciu tygodni czasu, zanim nowy szczep dotrze do nas z pełną mocą. Mam jedynie nadzieję, że ten przyptyw będzie dla nas łagodny i łaskawy, a ja, mój drogi Czytelniku, z przyjemnością zakończę zdawanie relacji z światowych epidemii na zawsze albo chociaż na bardzo długo. Jak będzie? Czas pokaże...

Podziękowania

Chciałbym serdecznie podziękować mojemu Szefowi oraz całemu zespołowi, w którym pracowałem w trakcie kolejnych fal pandemii. Wasze wsparcie, przekazywana wiedza oraz godziny, które razem spędziliśmy, sprawiły, że łatwiej mi było przebrnąć przez ten trudny dla nas czas.

Osobne podziękowania należą się doktor Ani, która od zawsze była entuzjastką mojego pisania i znosiła słuchanie pierwotnych wersji pisanych na żywo w trakcie nocnych dyżurów. Chciałbym również podziękować mojemu przyjacielowi Robertowi, za czytanie pierwszej wersji książki, jego marudzenie i tłuczenie mnie po głowie, kiedy pisałem za bardzo „medycznie”.

Dziękuję także mojemu przyjacielowi Jankowi, za wspaniałe zdjęcie zdobiące okładkę, wysłuchiwanie moich narzekań i poprawianie detali, by wreszcie wyszło perfekcyjnie. Przede wszystkim dziękuję mojej żonie i dzieciom, za wyrozumiałość i znoszenie mojej częstej nieobecności w domu.

Tomasz Rezydent

Podręczny słowniczek

AED – ang. *Automated External Defibrillator*, automatyczny defibrylator zewnętrzny.

AMBU – worek samorozprężalny, wykorzystywany w resuscytacji u pacjenta nieoddychającego lub oddychającego w sposób nieefektywny.

Asystolia – brak czynności elektromechanicznej serca. Serce ani się nie kurczy, ani nie ma widocznej dla EKG aktywności elektrycznej.

Bradykardia – zmniejszona częstość uderzeń serca, u dorosłego poniżej 60 uderzeń na minutę. U młodych dorosłych i sportowców bradykardia może być normą w spoczynku.

CRP (białko C) – reaktywne, jedno z tzw. białek ostrej fazy, sprawdzanych przez nas parametrów zapalnych. Produkowane jest przez wątrobę i rośnie zarówno w infekcjach wirusowych, bakteryjnych, jak i w procesach nowotworowych czy chorobach reumatoidalnych. Norma zazwyczaj wynosi do 5 mg/dl.

Diureza – ogół zjawisk związanych z wydalaniem moczu, w praktyce klinicznej diurezą określamy ilość wydalonego moczu w jednostce czasu, najczęściej w ciągu doby.

Empesin – argipresyna, to sztucznie wytwarzana substancja czynna odpowiadająca naturalnemu hormonowi – wazopresynie. Reguluje on gospodarkę wodną organizmu i zmniejsza wydalanie moczu. Stosowana we wstrząsie septycznym, opornym na działanie amin katecholowych.

HFNC / high-flow – wysokoprzepływowa tlenoterapia donosowa, maszyna umożliwiająca podaż tlenu przez kaniule donosowe w przepływach od 20 do nawet 60 litrów na minutę.

IP – Izba Przyjęć.

Levonor – noradrenalina, lek oddziałujący na układ krążenia poprzez działanie na mięsień sercowy bądź naczynia obwodowe. Jego zadaniem

jest podniesienie ciśnienia choremu.

NIV – wentylacja nieinwazyjna, tu w książce zamiennie stosowana z pojęciami CPAP czy jakąkolwiek wentylacją z wykorzystaniem maski bez konieczności intubacji pacjenta.

NSTEMI – ang. *Non-ST Elevation Myocardial Infarction*, zawał mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST.

NZK – nagłe zatrzymanie krążenia.

Odma opłucnowa – obecność powietrza, najczęściej z uszkodzonego płuca w jamie opłucnowej powodująca ucisk na płuco i jego zapadanie się.

PCR – reakcja łańcuchowej polimerazy, jest to nazwa ogólna specjalistycznego badania służącego do identyfikacji DNA czy diagnostyki genetycznej. W książce zazwyczaj PCR będzie używane w kontekście testu genetycznego na COVID-19.

PEA – aktywność elektryczna bez tętna, zwana też rozkojarzeniem elektromechanicznym. Widoczna w zapisie EKG, ale serce nie kurczy się i nie pompuje krwi. Najczęstsza przyczyna zatrzymania krążenia w niewydolności oddechowej.

„Prone positon” – pozycja, w której pacjent leży na brzuchu. Stosowana w ostrej niewydolności oddechowej w przebiegu COVID-19.

RKO – resuscytacja krążeniowo-oddechowa.

ROSC – ang. *Return of Spontaneous Circulation*, przywrócenie spontanicznego krążenia krwi, równoznaczne z powrotem akcji serca.

SOR – Szpitalny Oddział Ratunkowy.

STEMI – *ST Elevation Myocardial Infarction*, zawał mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST. To ten gorszy zawał.

Tachykardia – zwiększona częstość uderzeń serca, u dorosłego powyżej 100 uderzeń na minutę.

Tachypnoe – medyczny termin odnoszący się do przyspieszenia częstości oddechów. Norma oddechów u dorosłego to 12–16 na minutę.

ZRM – Zespół Ratownictwa Medycznego.