



Wszyscy mieliśmy kontakt z wirusem

Widać, że w krajach, gdzie były obowiązkowe szczepienia przeciw gruźlicy, ludzie chorują łżej na COVID-19

Z dr Krzysztof Tyburczy, specjalistą medycyny ratunkowej, chirurgiem, rozmawia Dorota Łosiewicz

Czy lekarz, który otarł się o śmierć, jest bardziej wrażliwy na cierpienie innych?

Krzysztof Tyburczy: Stare chirurgiczne porzekadło mówi, że dobry chirurg to taki, który sam był kiedyś operowany. Pewnie bardziej rozumiem ludzi chorych, a już najłatwiej wczuć mi się w sytuację „udarowca”. Gdy mówią, co czują, co się z nimi dzieje, ja też czasem opowiadam, co działo się ze mną. To buduje zaufanie. Bliskość śmierci sprawia, że człowiek nieco inaczej zaczyna patrzeć na życie.

Jak pan na nie patrzył w 2015 r.? W roku, gdy zdarzył się panu udar.

Miałem wtedy wszystko. Spłacone długie w banku, skończoną specjalizację, trójkę dzieci, na koncie ukończonego Ironmana. I nagle: trach, w jednej chwili wszystko się zmieniło. To było podczas urlopu w Austrii. Zjeżdżałem na nartach i nagle urwał mi się film. Kiedy się obudziłem po utracie przytomności, zobaczyłem swoją córkę i synów. Spytałem, co mi się stało. Diana mówiła, że byłem nieprzytomny. Zapytałem, jakie mam żrenice i czy coś mi cieknie z uszu. Wtedy Diana z przerażeniem spojrzała i powiedziała: „Tata, ale ty już o to pytałeś”. Przewieziono mnie do szpitala. Po wykonaniu RTG czaszki i tomografii głowy położono mnie na oddział. Okazało się, że miałem 12-milimetrowego krwiaka. Myślałem, że gorzej być nie może, ale jednak było

gorzej. Po dwóch godzinach leżenia w szpitalu straciłem władzę w prawej ręce i nodze. Nie potrafiłem ruszyć ręką, ramieniem, kolanem ani stopą. Kolejne badania i diagnoza: samostne krwawienie wewnątrzczaszkowe o nieznanej etiologii.

Ale to nie był koniec...

To był początek. Tak zaczęło się nowe życie. Przewieziono mnie do Innsbrucka. Tam przeszedłem operację. Wiedziałem, że mój stan jest poważny. 60–70 proc. osób w takim stanie umiera, a z tych, którzy z tego wyjdą, tylko kilka procent wraca do pracy. Śmierć była przy moim łóżku. Dwie rzeczy pamiętam z tamtego czasu dość wyraźnie. Płacz moich dzieci przy łóżku, gdy tamtejsi lekarze zasugerowali, że rodzina powinna się ze mną pożegnać, oraz spowiedź z całego życia u księdza Polaka, który pojawił tam „przypadkiem”. Ale wiemy, nie ma przypadków, jest tylko działanie Ducha Świętego. Ksiądz pomógł mi zmówić pokutę, ponieważ płątał mi się język, miałem problem z mówieniem. Przyjąłem też komunię. I poczułem irracjonalny spokój. Zaczęłem się modlić. Za siebie, za kolegów z sali. Później zacząłem się modlić o dwie rzeczy: albo żeby mnie Bóg zabrał, albo niech mnie uzdrowi. Bałem się, że zabierze mi mowę, że będę tylko leżał, że nie będę miał żadnego kontaktu z moją rodziną, że będę dla nich wielkim ciężarem. Stało się to dru-

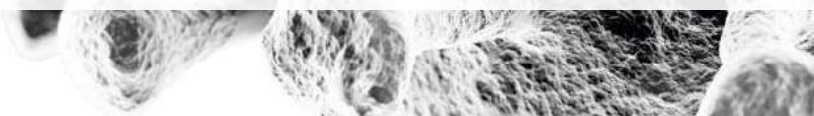
gie. Jednak wcześniej była operacja. Kiedy się z niej wybudziłem, mogłem zrobić tylko ruch kciukiem. Leżąc na plecach, nie potrafiłem się przerzucić na prawy bok ani na lewy. Nie potrafiłem pójść do ubikacji. Nie potrafiłem się wykapać, umyć zębów. Jednak operacja się udała, zaczęła się rehabilitacja. Cały czas modliłem się na różańcu, to najlepszy lek uspokajający. Podczas różańca kilka razy ruszyłem ręką. Po tygodniu przewieziono mnie do Polski. Byłem intensywnie rehabilitowany. Po trzech tygodniach od operacji odrzuciłem wózek. Poszedłem do kościoła na własnych nogach. A po trzech miesiącach wróciłem do pracy. Moi koledzy do tej pory w to nie wierzą.

Czy te przeżycia wracają w szpitalu?

Kiedyś na moim oddziale pojawiła się kobieta, rocznik 1972, z udarem krwotocznym. Przy jej łóżku płakały dwie córki. To mi przypomniało moje dzieci płaczące przy moim łóżku. Rozkleiłem się. To było psychicznie bardzo ciężkie przeżycie.

Kiedy bał się pan o rodzinę bardziej – wtedy czy teraz podczas epidemii?

Jak każdy rodzic chciałem wychować swoje dzieci. Bałem się, że nie będę mógł tego zrobić. Jeśli chodzi o epidemię koronawirusa, to dzieci, statystycznie są mniej narażone na zachorowanie i śmierć niż dorośli.





Dr Krzysztof Tyburczy pracuje w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym w Ostrołęce oraz w szpitalu w Białymstoku

Mieszkam w wielopokoleniowym domu, gdzie są i dzieci, i teściowa. Teraz bardziej boję się o żonę i jej mamę, która ma problemy z płucami. Nawet na dwa i pół tygodnia wyprowadziłem się z domu. Z epidemicznego punktu widzenia były dwa momenty poważnego zagrożenia: ferie zimowe i powroty Polaków do kraju. W północnych Włoszech była masa Polaków, w tym lekarzy. Bałem się, że jakiś czas po feriach epidemia wybuchnie z taką siłą, że będziemy mieli powtórkę z Włoch. Stąd moja decyzja o wyprowadzce. Ale gdy okazało się, że nie jest tak źle, wróciłem do domu.

Epidemia już się kończy?

Tego nikt nie może powiedzieć odpowiedzialnie i z całą pewnością. Na pewno na razie w Polsce przebieg epidemii jest inny niż na południu Europy i w USA. Jeśli chodzi o dalszy ciąg, to boję się, żeby nie było tak jak z Izrealitami, którzy szli za Mojżeszem. Już prawie widzieli Ziemię Obiecana, ale Bóg zesłał węże. Z niepokojem pa-

trzę na Włochy, które weszły w fazę rozliczeń. Nie wiem, jak będzie u nas. Wiem od prawników, że już teraz jest sporo spraw związanych z COVID-19. Gdy epidemia przygaśnie, dla służby zdrowia może się zacząć epidemia spraw sądowych. Może się też zacząć wysyp innych chorób. Teraz ludzie unikają szpitali, ale przecież nie chorują mniej. Widzimy, że na SOR jest mniej pacjentów, bo nie pojawiają się ze strachu. Ale choroby przewlekłe się kumulują i boję się, że jak zacznie wygasać epidemia, a pacjenci z nowotworami zaczną trafiać do szpitali, to będą w takim stanie, że niewiele będzie można dla nich zrobić.

Jak się zmieniła praca na SOR?

Na pewno dłużej diagnozuje się pacjentów. To oczywiście zależy od szpitala. Jednak przeważnie najpierw robi się pacjentowi (np. z grupy ryzyka lub jeśli jest podejrzenie) test na COVID-19, zanim udzieli mu się pomocy. Ubolewam, że nie powstają oddziały przejściowe, czyli po decyzji,



że pacjent potrzebuje hospitalizacji, wdrażaloby się leczenie, nim pojawi się wynik testu genetycznego. To by w dużej mierze usprawniło udzielanie pomocy. Miałem ostatnio taki przypadek, że do szpitala trafił młody chłopak, który jeździł skuterem po nocy. Przeziębził się od tej nocnej jazdy, ale miał też wypadek. Wywrócił się. Trafił do szpitala z urazem barku i gorączką. Wszyscy bali się udzielić mu pomocy, bo z powodu gorączki od razu było podejrzenie COVID-19. Robi się nam sytuacja jak w Chinach. Widzieliśmy takie obrazki, że człowiek padał na ulicy, np. na zawał, i nikt nie chciał mu udzielić pomocy, żeby się nie zarazić wirusem.

A pan czego się boi w kontekście epidemii?

Boję się triażu. Że kiedyś będę musiał decydować, kogo ratować, a kogo nie. Kogo podłączyć do respiratora, bo rokuje, a kogo nie. Oczywiście na oddziale ratunkowym zawsze ponieważ trzeba dokonywać wyboru, gdy naraz pojawia się 10 pacjentów. Wtedy ustawia się przypadki od najpilniejszego do najmniej pilnego. To jednak nie jest wybór w kategorii: kto ma żyć. Boję się sytuacji, że będę miał dwa respiratory i trzy osoby, które ich potrzebują. Obym nigdy nie musiał dokonywać wyboru. Nie wiem, czy bym potrafił. Każde życie ratuje się z takim samym zaangażowaniem. Ale prawda jest taka, że sytuacja w szpitalach nie jest dobra. Ciężko było i przed pandemią. A teraz jest gorzej. Sporo ludzi uciekło na zwolnienia. Wojewodowie wystawiają nakazy pracy, ale to się nie do końca sprawdza. A już straszenie ludzi karą, w ogóle zamrozi służbę zdrowia.

Czy oficjalne dane o zakażonych w Polsce koronawirusem (gdy rozmawiamy, jest to ponad 15 tys. osób) są pana zdaniem realne?

Żupelnie nie. Mam głębokie przekonanie, że absolutnie wszyscy mieliśmy już kontakt z tym wirusem. On jest w Polsce na tyle długo i tak szybko się rozprzestrzenił, że nie może być inaczej. Statystyki mówią, że 30 proc. osób, które miały styczność z wirusem, jest całkiem bezobjawowa, 56 proc.

przechodzi COVID-19 bardzo lekko: kilka dni kaszlu, katar i po wszystkim. Kilkanaście procent potrzebuje hospitalizacji, a 4 proc. łąduje na intensywnej terapii. Może to jednak dobrze, że oficjalne dane są takie. Nie mamy wybuchu paniki. Zobaczymy, co będzie po majówce, po lekkim poluzowaniu restrykcji.

Od czego zależy to, jak organizm reaguje na SARS-CoV-2?

Na pewno od naszej indywidualnej odporności. To jest egzamin ze zdrowia, z tego, jak o siebie dbamy. Dlaczego w USA choruje tak wielu młodych, silnych, wysportowanych mężczyzn i kobiet? Okazuje się, że chorowali ci, którzy brali anaboliki. Inna korelacja ma związek ze szczepionką przeciw gruźlicy. Mieszkańcy byłego NRD przechodzą chorobę łżej niż mieszkańcy byłego RFN. Japonia i Tajwan mają obowiązkowe szczepienia przeciw gruźlicy, podobnie jak Polska. W Chinach i USA tej szczepionki nie było. We Włoszech i Hiszpanii też nie. Jeśli chodzi o południe Europy, to tam jeszcze ważną rolę gra kultura. Tam są rodziny wielopokoleniowe, więc starsi ludzie byli bardziej narażeni. Poza tym Włosi są bardzo towarzyscy, życie kwitnie w barach, na ulicach, więc wszystko szybko się rozniosło. Lekarze mówią też o meczu Atalanta–Valencia w Lidze Mistrzów, który mógł być jedną z przyczyn wybuchu epidemii koronawirusa w Bergamo. Na stadionie było wówczas 40 tys. osób.

Jest też teoria, że starsi Włosi masowo szczepili się przeciw grypie i może to ich osłabiło.

Nie jestem wrogiem szczepionek, wręcz przeciwnie. Zakaźnicy mówią, że ludzie, którzy co roku szczepią się przeciw grypie, łżej przechodzą COVID-19. Jeśli chodzi o Włochów, to raczej dopatrywałbym się problemu w charakterze narodowym niż w szczepionkach. Wracając jednak do powodów różnej siły przebiegu choroby, jest wreszcie trzecia teoria, która głosi, że łżej przechodzą COVID-19 osoby, które miały wcześniej styczność

z innymi koronawirusami (bo tych jest całkiem sporo), czyli np. mają psy lub dzieci, które często przynoszą różne infekcje. Te teorie się wzajemnie nie wykluczają, ale pokazują, dlaczego tak różnie przechodzimy COVID-19.

SARS-CoV-2 to broń biologiczna, ewolucja wirusa czy zemsta matki Ziemi? W którą wersję pojawienia się wirusa pan wierzy?

Nie wiem, która jest prawdziwa i raczej się tym nie zajmuję. Moim celem jest ratowanie ludzkiego życia. Jednocześnie widzę, że wiele dobrego w tym czasie pandemii się stało. Ale jak już przejdzie epidemia, to będzie czas, żeby się na ten temat doktoryzować, pisać prace magisterskie czy profe-

Lęk przed zarażeniem dodatkowo osłabia organizm i paradoksalnie czyni go bardziej podatnym na chorobę, rujnuje nam odporność

sury. Na pewno jednak tego wirusa nie można bagatelizować. Koleżanka ze Szwajcarii opowiadała mi, jak bardzo źle u nich było. Mówiła, co widziała. To jest wirus zabójczy, który atakuje także ludzi młodych. A lęk przed zarażeniem dodatkowo osłabia organizm i paradoksalnie czyni go bardziej podatnym na chorobę, rujnuje nam odporność. Czasem oddanie wszystkiego Bogu przynosi człowiekowi spokój. Starszym pacjentom czasem zapisuję leki uspokajające, ale wierzącym zalecam różaniec. To przynosi takie ukojenie, że idzie za tym poprawa stanu zdrowia. Łatwiej leczy się człowieka, który się nie boi.

Będzie kolejne uderzenie epidemii?

Zyczyłbym sobie, żeby tak nie było i żebyśmy już do tej wspomnianej Ziemi Obiecanej weszli. Jednak hiszpanka miała 100 lat temu trzy uderzenia, po-

dobnie cholera 200 lat temu i dżuma 300 lat temu. Do dziś leku na cholerę nie ma i dlatego np. sanepid nie wydaje zgody na budowę w miejscach, gdzie są cmentarze. Druga faza epidemii to na pewno będzie faza rozliczeń.

Rzeczywiście dopiero szczepionka zamknie sprawę definitywnie?

Na pewno szczepienia uwolniły nas od wielu chorób, o których już zapomnieliśmy. Np. od wspomnianej już gruźlicy. Ta choroba pojawiła się niedawno w Polsce z powodu wojny na Ukrainie i ucieczki do Polski Ukraińców, którzy nie byli szczepieni. Wielu lekarzy otwierało oczy ze zdziwienia, że coś takiego w ogóle jest. Ja i moja rodzina szczepimy się przeciw grypie i przeciw odkleszczowemu zapaleniu opon mózgowych. Pytanie, czy szczepionka przeciw COVID-19 będzie bezpieczna i czy wyszczepienie będzie trwałe? A może ta szczepionka była już przed epidemią i ktoś na niej nieźle zarobi? A może ktoś przypadkiem trafi na lek? Przykładowo viagra była stworzona do leczenia nadciśnienia tętnicy płucnej. Okazało się, że efekt uboczny jest tak atrakcyjny, że firma skoncentrowała się na efekcie ubocznym, ale nadciśnienie płucne wciąż leczy się viagrą. Są cztery leki wspomagające w leczeniu COVID-19, ale one też mają poważne skutki uboczne.

Wiele osób teraz zachwycą się drogą, którą w walce z epidemią poszła Szwecja, czyli izolowania osób starszych, ale niewprowadzania ograniczeń dla ogółu społeczeństwa. Pana zdaniem, która ścieżka jest lepsza: polska czy szwedzka?

Polska strategia to kopia tego, co podczas epidemii hiszpanki zrobiono w USA w St. Louis, a z czym spóźniono się w Filadelfii. Podczas gdy w Filadelfii tygodniowo na hiszpankę umierało 257 osób na każde 100 tys. mieszkańców, w St. Louis było to 31 osób. W okresach szczytu zachorowań umierało 719 mieszkańców Filadelfii na każde 100 tys., a w St. Louis – 347. Na ten moment strategia Polski jest lepsza niż Szwecji.