

WPADŁEM PO USZY W ZATOKI*

z prof. Antonim Krzeskim rozmawiają: Joanna Szczęsna i Sławomir Zagórski

Joanna Szczęsna, Sławomir Zagórski:
12 czerwca (2003 roku) rozpoczyna się w Warszawie międzynarodowy kongres specjalistów leczenia chorób nosa i zatok. Pan ten kongres wymyślił, zorganizował, zdobył nań fundusze. Jak to się Panu udało?

■ Trzeba mieć marzenia. A ja zawsze marzyłem o zaproszeniu do Polski moich nauczycieli, największych sław rynologicznych z całego świata. Chcę tu zresztą podkreślić, że zaproszeni przez nas goście przyjechali z czystej życzliwości dla Polski i nie oczekiwali żadnych honorariów za wykłady.

Gdy patrzę na program konferencji, odczuwam prawdziwą dumę: trzy dni, dwie równoległe sesje, zajęcia od siódmej rano do siódmej wieczór.

Rynologia, rynolog – to nie są te słowa, które mówią coś przeciętnemu pacjentowi. Co innego laryngolog, wiadomo, ma leczyć uszy, gardła...

■ Laryngologia to tak naprawdę skrócona wersja trudnego do wymówienia terminu otorynolaryngologia, czyli nauka o chorobach uszu, nosa i krtani. Przez lata chleb powszedni laryn-

gologii to były schorzenia uszu oraz nowotwory gardła i krtani. Rynologią, czyli nauką o chorobach nosa i zatok, zajęto się na poważnie dopiero w latach osiemdziesiątych ubiegłego wieku.

Czy to znaczy, że wcześniej ludzie nie mieli z tym problemów?

■ Mieli, mieli. Zanieczyszczenie środowiska dokłada dziś oczywiście swoją cegiełkę, ale w niektórych strefach klimatycznych – na przykład takich jak nasza – na zapalenie zatok przynosowych chorowano od wieków. Zatoki po prostu nie lubią naszej wiosny i jesieni, kiedy to najczęściej mamy katar. Bo nawet taki zwykły katar może wywołać zapalenie zatok, które – jeśli leczone niewłaściwie – kończy się przewlekłym stanem zapalnym. Ale jeszcze gorsza dla zatok jest w dzisiejszych czasach zima. Od kiedy wynaleziono kaloryfery, przez pół roku przebywamy w nienaturalnie suchym otoczeniu.

Skoro na zapalenie zatok chorowano od wieków, skąd to nagle przyspieszenie i zainteresowanie ich leczeniem akurat w latach osiemdziesiątych?

■ Bo właśnie wtedy amerykańskie firmy ubezpieczeniowe uświadomiły sobie, jak ogromne sumy idą na leczenie zapalenia zatok. Zaczęto obliczać koszty, robić statystyki i okazało się, że cierpi na nie więcej ludzi niż na choroby serca czy nadciśnienie. W samej Ameryce są to liczby rzędu 30 mln porad z tego powodu rocznie. Traf chciał, że w tym samym czasie do chirurgii weszły nowoczesne techniki endoskopowe, czyli coś, co stwarza możliwość operowania w cudzoślowie przez dziurkę od klucza. No i wtedy okazało się, że w ten sposób można leczyć zatoki, uzyskując znaczny odsetek wyleczeń. To był właśnie początek nowej ery w rynologii.

A czym się różni rynologia XXI wieku od tradycyjnej?

■ Kiedyś lekarze diagnozowali choroby zatok na podstawie przeglądowych zdjęć rentgenowskich. Widać zacienienie – jest stan zapalny, nie widać – nie ma. Tymczasem takie zdjęcie jest niewystarczające. Poza tym za przestarzałą diagnostyką szły XIX-wieczne metody leczenia.

Pamiętamy, pamiętamy: punkcje, naświetlania, antybiotyki, inhalacje. W rejonie zatok rzadko robiono operacje?



*Poszerzona wersja wywiadu z „Gazety Wyborczej” z 5 czerwca 2003 roku w dodatku „Duży Format”

■ Tylko przy bardzo poważnych dolegliwościach. Pierwsi śmiałkowie, którzy na przełomie XIX i XX stulecia próbowali coś skorygować, odbarczyć, naprawić w tym rejonie, poruszali się po omacku, więc siłą rzeczy musieli mieć wysoki odsetek powikłań. Do tego były to czasy przedantybiotykowe i pooperacyjne zakażenia stwarzały realne zagrożenie. Zaniechano więc takich operacji na jakieś 80 lat.

A jak Pan wpadł na to, żeby zająć się akurat chirurgią endoskopową zatok?

■ Przypadek. W 1986 roku wyjechałem na kongres ryнологów do Aten. Byłem typowym polskim lekarzem, biednym jak mysz kościelna. Mieszkałem w polskiej ambasadzie, a kongres odbywał się na drugim końcu miasta, w hotelu Hilton. Chodziłem tam na piechotę, żeby zaoszczędzić na komunikacji, a były to czerwcowe upały.

Ja wtedy nie miałem pojęcia o możliwościach ryнологii. Błąkałem się po tym Hiltonie i zastanawiałem, na jaką by tu iść sesję. Zaglądałem do różnych sal, zewsząd wiało chłodem, aż trafiłem do małej, nieklimatyzowanej salki, gdzie mieściło się co najwyżej pięćdziesiąt osób. Była to pierwsza publiczna prezentacja Heinza Stammbergera dotycząca podstaw chirurgii endoskopowej zatok. Stammberger wtedy jeszcze był doktorem, guru chirurgii endoskopowej stał się później. To było wtedy absolutnie coś niewyobrażalnego na własne oczy zobaczyć operację endoskopową. A do tego on mówił tak przekonująco, tak piękną całkowicie zrozumiałą dla mnie, cudzoziemca, angielszczyzną...

...że postanowił Pan pójść tą samą drogą co on.

■ Nie tak od razu. Przez pięć lat nic się nie działo. Robiłem kolejne stopnie, specjalizacje, doktorat. Aż tu nagle w 1992 roku, mniej więcej osiem lat po wykładzie Stammbergera, około godziny dwudziestej pierwszej dostaję telefon, że jest sponsor z dużymi pieniędzmi – 80 tysięcy marek, niewyobrażalna wtedy kwota – na sprzęt do chirurgii endoskopowej dla kliniki. Mogę kupić, co tylko dusza zapragnie, pod jednym wszak warunkiem – zakup musi być dokonany w ciągu dwóch dni.

Wyobrażacie to sobie państwo? Na rano miałem przygotować spis narzędzi do chirurgii endoskopowej. Miałem w domu jakiś katalog skądś przywieziony, nie miałem pojęcia, co wybrać, więc na wszelki wypadek zamówiłem pół katalogu, sztuka po sztuce. Na szczęście robiłem to przez niemiecką, wyjątkowo czynną firmę. Jej przedstawiciel cierpliwie wymieniał mi później kolejne elementy na takie, które rzeczywiście były potrzebne. Kiedy w końcu w centrali spytano go,

ile razy jeszcze będzie wymieniał sprzęt, odpowiedział: – Aż wszystko zostanie prawidłowo skompletowane.

Zdaję sobie sprawę, że to zabrzmia nieskromnie, ale ja przez ostatnie dziesięć lat wprowadziłem ryнологиę w Polsce z XIX w XXI wiek. Opublikowałem dwie książki z tej dziedziny: o chorobach zatok przynosowych i nosa oraz o anatomii bocznej ściany jamy nosa. Aktualnie przygotowuję kolejną o chirurgii nosa. Pisząc je, sam się uczyłem, bo trzeba było stworzyć nową terminologię, która po polsku nie istniała. Z tego i z licznych kursów, które zorganizowałem dla lekarzy, jestem najbardziej dumny.

Ja się po prostu uparłem, żeby pracować nowocześnie. Wymogłem na radiologach, by podstawą diagnostyki stało się badanie tomografii komputerowej zatok. Dzięki niemu możemy mieć wgląd w anatomię błędnika sitowego, zobaczyć anomalie i nieprawidłowości. Dziś endoskopowe operacje chorych zatok to chleb powszedni w kilku polskich klinikach, ale dziesięć lat temu, kiedy zaczynałem je robić jako pierwszy w Polsce, to była zupełna nowość.

A skąd pojawiły się te wielkie pieniądze na sprzęt?

■ Znają państwo pojęcie „wdzięczny pacjent”? Ale dalej proszę mnie nie ciągnąć za język w tej sprawie. Za to mogę opowiedzieć, jak się odwdzięczyła za operację Joanna Szczęsna. Otóż podarowała ona mojej asystentce, która była lekarką prowadzącą, oraz mnie swoją książeczkę „Epitafia, czyli uroki roztaczane przez niektóre zwłoki” (napisaną z Anną Bikont) ze stosownymi dedykacjami:

*Tu leży laryngologówka,
Śmierć miała szekspirowską.
Ktoś jad jej włat do uszka
Przez jej własny otoskop.
Przechodniu, westchnij z troską!*

Ja też już mam od niej gotowy napis na nagrobek:
*Smutny był koniec prof. Krzeskiego,
Błysk, potem trochę swądu.
Endoskop nie jest do wszystkiego,
Zwłaszcza do napraw prądu.*

To opowie nam Pan teraz do czego służy endoskop?

■ Dzięki niemu można dostać się do środka ciała pacjenta, by zobaczyć chorą okolicę. W efekcie można wykonać operację bez konieczności cięcia tkanek. W moim przypadku dostaję się w ten sposób przez jamy nosa do zatok przynosowych, podczas gdy w tradycyjnej laryngologii, żeby dostać się do zatok, chirurg musiał użyć noża, dłutka i młotka.

A skąd Pan wie, jak poruszać narzędziami podczas takiej operacji endoskopowej?

■ Bo wszystko widać. Endoskop ma własne źródło światła i odpowiedni układ optyczny, który pozwala oglądać struktury operowanego rejonu. Mogę patrzeć bezpośrednio przez endoskop lub na monitor.

J. S.: Taka praca na monitorze wymaga chyba szczególnych umiejętności. Pytam, bo wiem, ile czasu zajmuje mi zapięcie koralików przed lustrem. Patrzy Pan cały czas gdzie indziej, a gdzie indziej wykonuje ruchy...

■ Zapewniam panią, że tego się można nauczyć. Od początku operowałem, patrząc na monitor – na którym widać koniec narzędzia w powiększeniu – bo tak byłem nauczony na kursach. Ale potem tor wizyjny się popsuł, konserwator nie bardzo sobie z tym radził, zirytowałem się i zacząłem operować bezpośrednio przez endoskop.

I tak jest do dziś.

W ogóle jestem osobą, która miała dużo szczęścia w swojej karierze zawodowej. W 1994 roku jako jedyny uczestnik z Polski byłem na konferencji w Stanach Zjednoczonych, w Filadelfii. A była to pierwsza konferencja, na której specjaliści z całego świata postanowili uporządkować ryнологię, łącznie z opracowaniem nowego nazewnictwa. To było mniej więcej 10 lat po tym, jak w ogóle w medycynie pojawiła się chirurgia endoskopowa, co stanowiło wydarzenie epokowe.

Miałem prawo wybrać sobie różne sesje, oprócz sesji plenarnej. Chciałem oczywiście pójść na sesję prof. Heinza Stammbergera, którego poznałem kilka lat wcześniej w Atenach, ale się nie załapałem. Organizatorzy skierowali mnie na sesję prof. Valerie Lund i to był mój łut szczęścia. Prof. Lund była równorzędnym spikerem, była bardzo komunikatywną wykładownicą. Jej wykład na temat chirurgii endoskopowej mnie powalił, stąd później wielokrotnie zapraszałem ją do Polski.

Co znaczy powalił?

■ Valerie Lund jest Brytyjką, mówi pięknym, klarownym angielskim. Do tego jest świetnym dydaktykiem. W sumie wielu ludzi ma na konferencjach ciekawe wystąpienia, ale jeśli mówca (a też i słuchacz) nie jest anglojęzyczny, to czasem nie wszystko da się zrozumieć.

W Filadelfii spotkałem też prof. Eugene'a B. Kerna. Najlepszy wykładowca, jakiego w życiu widziałem, prawdziwy artysta. Jego wykłady to były wspaniałe spektakle. Podszedłem potem do niego, przedstawiłem się i mówię – nie wiem, co mi strzeliło do głowy: „Moja kariera jest

w twoich rękach. Przyjedź do Polski i daj nam kurs”. A on na to: „Spotkajmy się na kolejnej przerwie”. Dwie godziny później dał mi cały program kursu. Zaprosił zespół liczących się rynologów z Mayo Clinic i oni wszyscy przyjechali.

Zrobił plan konferencji w ciągu dwóch godzin?

■ Tak, napisał program na dwa, trzy dni. Z instrukcją: profesor taki, temat jego specjalności, profesor taki, kolejny wykład. I powiedział: „Nie martw się. Przyjedziemy na swój koszt”.

W 1994 roku Polska, która świeżo odzyskała wolność, wydawała się atrakcyjna. Pewnie ci wszyscy wybitni specjaliści mieli poczucie, że tutaj coś się dzieje, coś się zmienia, i ich wiedza oraz doświadczenie naprawdę mogą się przydać.

■ Być może. Prof. Kern jest z pochodzenia Żydem z pogranicza Białorusi i Polski. On kocha uczyć, jak prowadził wykład, to wchodził w trans.

W tamtym momencie ja, jako jeden z nielicznych, pierwszy doświadczyłem tego, co dokonywało się w światowej medycynie. A to był przełom, właściwie rewolucja.

Pan był już wtedy doktorem...

■ Jeszcze nie miałem habilitacji, zrobiłem ją dopiero w 1998 roku właśnie z chirurgii endoskopowej. W każdym razie spotkałem wtedy, w tym 1994 roku człowieka, który zaszczepił we mnie pasję. I tak jak obiecał, przyjechał w czerwcu 1994 roku z ekipą, a już w grudniu tego samego roku zorganizowałem drugą konferencję, na którą przyjechali prof. Lund i prof. Stammberger, dwa największe nazwiska w tamtym czasie. Stawiła się też cała Mayo Clinic, wiodący ośrodek w Stanach Zjednoczonych, włącznie z jej szefem prof. Thomasem McDonalodem, bardzo miłym, czynnym człowiekiem. Tak, ściągnąć ich tu wszystkich do Polski to był niezły wyczyn.

Jako dygresję przypomnę, że w 1994 roku nie było jeszcze internetu. Wtedy się wysyłało listy i najwcześniej po sześciu tygodniach przychodziła odpowiedź. Miałem pacjentkę, która pracowała w ambasadzie amerykańskiej i miała dostęp do faksu. Cóż to była za wygoda! Wysyłała faks i od razu była odpowiedź.

A potem była blisko dziesięcioletnia przerwa w organizowaniu konferencji, a w tym czasie Pan Profesor zajmował się nie teorią, tylko praktyką. Pamięta Pan początki?

■ To był istny horror. Byłem co prawda po dwóch kursach za granicą, gdzie odbyłem stosowne szkolenie na zwłokach, ale wiedzą państwo, jak to jest. Człowiek ogląda zabieg w wykonaniu mistrza i myśli: jakie to łatwe, nic prostszego, jak

wziąć endoskop i zrobić wszystko samemu. Ale potem, jak się zostaje sam na sam ze „śmiercią w oczach” i chce się powtórzyć te ruchy, wszystko wychodzi inaczej niż na kursie. To straszna rzecz – taka samotność wobec nowej metody, kiedy nikt nie może doradzić, pomóc.

Do dziś na wspomnienie pierwszych kilkunastu zabiegów ciarki chodzą mi po plecach. Może nie przeżywałbym tego tak silnie, gdyby na kursach nie opowiadano nam detalicznie o wszystkich możliwych powikłaniach. Operacje laryngologiczne w zasadzie są bezpieczne, natomiast podczas operacji endoskopowej zatok można wykonać jeden ruch za dużo i z tego mogą być naprawdę groźne powikłania.

Dużo Pan miał powikłań przez pierwszy rok?

■ Jedno. O jedno za dużo. Do dziś go nie zapomniałem. Kiedy coś takiego się zdarza, wszystko pamięta się w najdrobniejszych szczegółach. Jakbym miał w głowie aparat fotograficzny i robił jedno zdjęcie po drugim.

A ile zabiegów Pan przeprowadził w tamtym czasie?

■ Około stu.

Ale po roku stał Pan już mocno na nogach?

■ Poczucie sprawności, kompetencji przyszło dopiero po jakichś pięciuset zabiegach – w sumie zrobiłem ich ponad 3 tysiące – a może nawet więcej. Dziś wiem, że podczas operacji endoskopowej zatok trzeba umieć się w porę zatrzymać. Bo z tą operacją jest tak, jakby państwo szli z parteru w górę, przebijając się z piętra na piętro przez sufit, i nie wiedzieli, ile jest tych pięter, ale wiedzieli, że pod żadnym pozorem nie możecie się przebić na dach. Czasem wystarczy zrobić porządek na parterze i też będzie dobrze. I cała sztuka polega na podjęciu decyzji: „posprzątałem parter i nie idę dalej” albo „wystarczy, zatrzymam się tu, na pierwszym piętrze”.

I to nie jest nudne? Zajmowanie się takim małym kawałeczkiem naszego ciała, nie większym od pudełka zapalek?

■ Ja robiłem różne rzeczy. Zacząłem od chirurgii ucha. Potem fascynował mnie nos. Zajmowałem się chirurgią rekonstrukcyjną, estetyczną. Ale zatoki przynosowe są dużo ciekawsze. Wpadłem już w nie po uszy i nie wygląda na to, żebym miał się z tego wyzwolić.

A wtedy, kiedy fascynował Pana nos, zmieniał Pan ludziom nosy na piękniejsze?

■ Spotkali się pewnie państwo z określeniem, że nos jest duszą twarzy? To chirurg plastyk zajmuje się spełnianiem oczekiwań pacjenta. Ja jako

laryngolog korygowałem kształt nosa dla poprawy jego funkcji. Bardzo często zresztą, jeśli nie było dużych defektów, odradzałem ruszanie czegokolwiek. Bo dla mnie na przykład nos nieharmonijny jest często ładniejszy niż nos idealnie prosty, grecki. Proszę zwrócić uwagę, jak wiele amerykańskich aktorek średniego sortu ma idealne, wedle jednego szablonu ulepione nosy. Są tak doskonałe, że z daleka widać ich sztuczność.

Ale teraz nos interesuje mnie bardziej w sensie funkcjonalnym. To jest serce układu oddechowego. Na dworze mamy na przykład minus 30 stopni Celsjusza, a jak oddychamy prawidłowo przez nos – na poziomie gardła już jest około plus 30 stopni. Albo na przykład jesteśmy w zapyłonym środowisku, jednak do płuc dostaje się powietrze przefiltrowane, bo nos zatrzymuje zanieczyszczenia. Wszystko świetnie funkcjonuje, ale wystarczy skrzywienie przegrody nosa i zaraz cały proces oddychania zostaje zakłócony. Zablokowany nos sprawia, że oddychamy przez usta, zwłaszcza nocą. Albowiem oddychając w dzień, jesteśmy jeszcze w stanie pokonać powstałe opory, podczas gdy w trakcie snu napięcie mięśniowe maleje i już nie dajemy rady pokonać blokady w nosie, więc uchylamy usta. I wprost do gardła płynie nieodpowiednio zaadaptowane powietrze: albo za ciepłe, albo za suche, albo za zimne, albo zbyt zanieczyszczone. Takim charakterystycznym objawem problemów z oddychaniem są spierzchnięte po nocy wargi. Zaczynają się więc nieżyty gardła, wysychanie błony śluzowej, zapalenia migdałów.

Chce Pan Profesor powiedzieć, że problemy z migdałami mogą być wywołane skrzywioną przegrodą nosową?

■ Niejednokrotnie tak.

I to by oznaczało, że jedna z najczęstszych niegdyś interwencji chirurgicznych, czyli wycinanie migdałów, była nieporozumieniem?

■ Zdarza się, że po wycięciu migdałów w gardle tworzą się blizny i problem się nasila. Tymczasem po udrożnieniu nosa kłopoty te w wielu przypadkach ustępują.

Widać, że bez nosa ani rusz. A do czego właściwie nam służy zatoki, Panie Profesorze?

■ Nie ma na to prostej, jednoznacznej odpowiedzi. Ale wiadomo, że gdybyśmy w miejscu zatok mieli litą kość, to głowa najzwyczajniej w świecie opadałaby nam na piersi. Byłaby po prostu za ciężka, żeby ją udźwignąć. Zgodnie więc z teorią pneumatyczną chodzi o zmniejszenie ciężaru czaszki. Z drugiej strony mówi się, że istnienie zatok zapewnia odpowiedni

dźwięk naszej mowie. Nietrudno zauważyć, że kiedy dokuczają nam zatoki, mówimy znacznie mniej dźwięcznie, z nosowym pogłosem. No i wreszcie najważniejsze – zdrowe zatoki to gwarancja prawidłowej zmiany właściwości wdychanego powietrza. Powietrze w jamach nosa jest adaptowane do odpowiedniej temperatury i wilgotności. Mają w tym swój udział również zatoki, które stanowią rezerwuuar lepiej zaadaptowanego powietrza.

Skrzywiona przegroda nosowa to powszechna dolegliwość?

■ Nikt w Polsce nie prowadzi takich statystyk. Mogę natomiast powiedzieć, że w Niemczech operacja przegrody nosowej nie podlega ubezpieczeniu. Dlaczego? Bo jest to dolegliwość tak częsta, że firmy ubezpieczeniowe najprawdopodobniej nie podołałyby temu finansowo.

A Pan prostuje skrzywione przegrody nosa?

■ Przy okazji operowania zatok? Tak. Jeśli jest tam przewężenie czy skrzywienie utrudniające mi dostęp do rejonów, które chcę operować.

Na co zwykle uskarżają się pacjenci z zapaleniem zatok?

■ Zaczniemy od tego, że wielu z nich w ogóle nie zdaje sobie sprawy ze swojej choroby. Nie wiedzą, że ciągnące się miesiącami katar, wydzielina spływająca do gardła przez całą wiosnę i jesień to objawy przewlekłego zapalenia zatok. Jeszcze trudniej zauważyć ten związek pomiędzy chorymi zatokami a ciągłym zmęczeniem wywołanym niedotlenieniem w czasie snu, permanentnymi bólami głowy czy utratą węchu, a co za tym idzie – również smaku.

Skoro zabieg chirurgiczny – tak jak w przypadku endoskopowych operacji zatok – nie ratuje życia, tylko poprawia jego komfort, to zawsze pozostaje wątpliwość, czy warto znosić stres, poddawać się narkozie...

■ Pacjent może nie wiedzieć, że to choroba, którą można leczyć, ale wie, że żyje mu się ciężko.

J. S.: Nie lekceważyłabym poprawy komfortu życia. Odkąd mam zoperowane zatoki, jak nożem uciął skończyły się nawracające koszmary senne. Porywano mnie w nich, a porywacze chcieli zalepić mi usta plastrem, więc wiedziałam, że zaraz się uduszę, bo przecież nie mogę oddychać przez nos. Błagałam ich, żeby mi tego nie robili, obiecywałam, że będę cichutko. Budziłam się potem wściekła na siebie, że zachowywałam się tak pokornie.

■ Przyjemnie słyszeć, że skończyły się pani nocne koszmary. Ja zawsze ogromnie się cieszę, kiedy u pacjenta po operacji następuje poprawa, a zwłaszcza jak zaczyna na nowo odkrywać świat zapachów i smaków. Powrót węchu to u wielu pacjentów bardzo czuły wskaźnik zdrowienia.

Nie miewa Pan wątpliwości, w jakim stadium choroby powinien Pan wkroczyć do akcji z endoskopem?

■ Ponieważ operacja zatok nie jest zabiegiem ratującym życie, decyzję o tym, kiedy go wykonać, zawsze podejmuje pacjent. Ja wyłącznie informuję o chorobie, o jej konsekwencjach, o tym, jak mogę pomóc, a pacjent sam musi zdecydować, że dojrzał do operacji. Wiadomo jednak, że im wcześniej się na to zdobędzie, tym lepsze będą wyniki leczenia.

Ale Pan – jak każdy chirurg – prze w tym kierunku?

■ Wcale nie. Zresztą co z tego, że komuś powiem: „Powinien się pan zoperować”, jeśli on odpowie: „Nie chcę. Boję się. Nie mam czasu”. Zresztą po co mam ich namawiać, skoro liczbę pacjentów oczekujących na zabieg przeliczać trzeba na miesiące.

A więc to prawda, że do Pana Profesora są straszne kolejki?

■ Prawda. Operujemy codziennie, ale po pierwsze, nie mamy więcej sprzętu, po drugie, brakuje odpowiednio wyszkolonych lekarzy.

Dziś zresztą – zgodnie z tendencją światową – zanim podejmiemy decyzję o operacji, próbujemy pacjenta intensywnie leczyć zachowawczo. Wyniki są zresztą zdumiewające: co trzeci pacjent uzyskuje taką poprawę, że nie chce słyszeć o operacji. Z drugiej strony wiemy, że sporej grupie pacjentów takie leczenie nie pomoże, że dla nich ratunkiem jest operacja. Po prostu jak ktoś ma stwierdzone w badaniu tomograficznym nieprawidłowości budowy anatomicznej zatok, to jest kandydatem do operacji czynnościowej przywracającej ich fizjologię.

No bo proszę pomyśleć, jeśli w pokoju jest duszno, można albo popsikać sprayem, albo otworzyć okno i solidnie wywietrzyć. Operacja to takie otworzenie okna. Błona śluzowa zatok zwykle po czymś takim szybko zdrowieje.

Zwykle? Czyli są pacjenci, którym nawet operacja nie pomaga?

■ W około 20 proc. przypadków dolegliwości i tak nie chcą ustąpić. To przykre i dla pacjenta, i dla mnie, ale tak po prostu jest.

Ile czasu zajmuje Panu przeciętny zabieg?

- Kiedyś 2,5 godziny, dziś bywa, że 40 minut.

W Pana domu były tradycje medyczne?

■ Owszem. Pochodzę z rodziny o dużych tradycjach lekarskich, a ojciec i matka to stomatolodzy. Mój ojciec miał od lat pięćdziesiątych prywatny gabinet w śródmieściu Warszawy. Mój stryj i stryjenka byli profesorami medycyny.

Ja zresztą też skończyłem stomatologię. Na całym moim roczniku było tylko dwóch facetów zdolnych do służby wojskowej. Jeszcze nie skończyłem egzaminów dyplomowych, a już miałem wezwanie na dwa lata do jednostki. Z propozycją, że jak zostanę na 12 lat, to będę mógł pracować w Warszawie. Takie były wtedy prawa obywatelskie.

Więc rozpocząłem studia na wydziale lekarskim, a potem miałem dylemat, co z tym zrobić. Bo studiowałem, żeby uniknąć wojska, a równocześnie pracowałem jako dentysta. Kiedy zaraz po ukończeniu stomatologii zaczynałem pracę w gabinecie, to pacjent przychodził o szesnastej, żeby zająć miejsce w kolejce, zresztą na klatce schodowej. I może o dwudziestej był przyjęty. W Warszawie były wówczas tylko dwa prywatne gabinety stomatologiczne.

Lekarze praktykujący prywatnie to była tzw. „prywatna inicjatywa”. Wszyscy się bali Urzędu Skarbowego i nie tylko, nie wolno było za dużo zarabiać. Ja jestem z domu, gdzie święta Bożego Narodzenia były radosne, ale w sposób specyficzny, bo odbywały się w cieniu wiszącego w powietrzu domiaru. Kto dzisiaj wie, co to był domiar?

Bardzo dobrze mi się wtedy powodziło, tyle tylko, że w ogóle nie było mnie w domu: od rana na uczelni, popołudniami aż do wieczora w gabinecie. Trzeba było przecież utrzymać rodzinę. Rozpocząłem specjalizację z laryngologii i przez wiele lat prowadziłem takie podwójne życie: do czternastej byłem laryngologiem w klinice, a od piętnastej pracowałem jako dentysta. Ale potem czasy się zmieniły, na każdym rogu powstały gabinety dentystyczne, pacjenci się rozproszyli, zresztą zajęty laryngologią nie robiłem postępów w stomatologii, w związku z tym wykruszyłem się w sposób naturalny. Na rynek wchodziły implanty, a ja już interesowałem się czymś zupełnie innym.

I wtedy zerwał Pan z rodzinną tradycją...

■ Po prostu przestałem być dentystą. A z domu wyniosłem system wartości. Nauczono mnie ciężkiej pracy. Wpojono mi, że po to, by coś osiągnąć, musi nastąpić sprzężenie: książka, stołek, tyłek. No i ja wciąż się uczę i pracuję, w sobotę, w niedzielę, codziennie.

Mój ojciec miał prywatny gabinet, ale żeby mieć taki gabinet, musiał pracować gdzieś na posadzie w państwowej służbie zdrowia. No i zatrudnił się w Domu Książki na Mazowieckiej. Dużo tam nie zarabiał, ale chyba za to dostawał za darmo książki. To były lata pięćdziesiąte i sześćdziesiąte, książki były towarem deficytowym. Pamiętam przyniósł kiedyś do domu książkę Andrzeja Banacha o Teofilu Ociepce „Malarz dnia siódmego”. Zrobiła na mnie takie wrażenie, że dla mnie Ociepka stał się postacią kultową. Do dziś zresztą mam wszystkie książki Banacha, one były pięknie wydawane w takim małym, poręcznym formacie.

Ociepka w malarstwie osiągał najpiękniejsze kolory niebieskie. Jego niebieski kolor jest niepowtarzalny, to nie tylko moje zdanie. Do tej samej co Ociepka Grupy Janowskiej, skupiającej malarzy niedzielnych ze Śląska, należał również Erwin Sówka. Może jeszcze kiedyś o nich napiszę. Pewne rzeczy z dzieciństwa jak wejdą do pamięci, to już tam zostają.

Profesor Jan Nielubowicz powiedział, że jak młody chłopak gra w piłkę albo się boksuje, to później łąduje na chirurgii, a jak czyta poezję, to zostaje internistą. Pan się boksował?

■ Jest też inna teoria. Prof. Kazimierz Ostrowski mówił, że jak ktoś się nie nadaje ani na politechnikę, ani na uniwersytet, to idzie na medycynę.

W szkole nie grałem w piłkę ani się nie boksowałem, tylko się uczyłem. Chodziłem do liceum im. Tadesza Reytana w czasach, kiedy to była naprawdę wymagająca szkoła. Byłem o dwa lata młodszy od kolegów z klasy i musiałem bardzo ciężko pracować, aby zaspokoić ambicje rodziców i swoje.

Osiągnął Pan w swoim zawodzie sukces, również finansowy. Doznał Pan zazdrości ze strony świata medycznego w Polsce?

■ Odpowiem dyplomatycznie – mam duże uznanie w świecie.

Pieniądze? Mam inną filozofię. One nigdy nie były w moim życiu na pierwszym miejscu. Mieszkam w trzypokojowym mieszkaniu, jeżdżę oplem corsą. To, czego się dorobiłem, to własny dobry sprzęt do operowania. Dzięki temu stałem się osobą niezależną.

A czy uważa Pan, że współczesna medycyna nie może już obejść się bez mediów, bez nagłaśniania?

■ Uważam, że może, choć wtedy należałoby pewnie spytać, dlaczego udzielam państwu wywiadu. Odpowiedziałbym, że chodzi mi o zwrócenie uwagi na sprawy ryngologii, poinformowanie

o mojej konferencji, popularyzację wiedzy o mojej dziedzinie. Ale świadom jestem niebezpieczeństwa flirtu z mediami. Dostając sprzęt do operacji endoskopowych, związany zostałem obietnicą, że poinformuję opinię publiczną o darze fundacji. Więc udzieliłem wywiadu „Poradnikowi Domowemu”, który miał wtedy bodaj 3 mln nakładu. Nawet mi to schlebiało. A potem zrobiło mi się przykro, bo dostałem 5–6 tysięcy listów od czytelników, których nadzieję rozbudziłem. A przecież nie tylko nie mógłbym ich wszystkich zoperować, ja nawet nie byłem w stanie odpowiedzieć na te wszystkie listy.

Większość przypadków, z jakimi ma Pan do czynienia, to przypadki banalne?

■ W medycynie nie ma przypadków banalnych. Są powszechnie występujące. Przed operacją nie wolno myśleć, że to będzie prosty zabieg i że wszystko pójdzie raz, dwa, trzy.

Ale zdarzają się przypadki ciekawe, które są szczególnym wyzwaniem?

■ Tak już jest, że im ciekawszy przypadek dla lekarza, tym większe nieszczęście ludzkie. Ja nie lubię tego określenia, ale jest ono używane.

Opowie Pan o takim przypadku?

■ No więc mam operować 15-letniego chłopca, który ma guz twarzoczaszki. Duży, zrosnięty z naczyniami, tak że operacja może się w każdej chwili skończyć tragicznie. I od kilkunastu dni zasypiam i budzę się z tym przypadkiem, i wciąż dumam, co by tu jeszcze wymyślić, żeby wszystko poszło jak najlepiej.

Przenosi Pan stresy do domu?

■ Nie. Ale żona zauważa, kiedy wracam do domu bardziej zafasowany. Jednak rozmów o pracy nie ma.

A jak sobie Pan radzi ze stresami?

■ Słucham muzyki. Habilitację pisałem przy „Requiem” Mozarta. Przez półtora roku, dzień w dzień, w domu rozbrzmiewało „Requiem”. Było to jedyne tło, które pozwalało mi usiąść, wyłączyć się. Rodzina jakoś to wytrzymała. Teraz relaksuję się, słuchając Wagnera.

Nie ma zwyczaju, żeby przy operacjach była muzyka?

■ Są takie pomysły, ale nie u nas. Bywają chirurdzy, którzy sobie przynoszą walkmany. Ja tego nie robię. Ale gdybym miał wybierać, to pewnie byłby to Mozart. Ta muzyka mnie uspokaja, wycisza.

Z czego Pan musiał w życiu zrezygnować z powodu medycyny?

■ W młodości uprawiałem jazdę konną i wspinaczkę. To nie są sporty dla chirurga, który powinien chronić ręce. Ze wspinaczki zresztą zrezygnowałem, kiedy się ożeniłem, uznałem bowiem, że nie mogę narażać żony na związane z tym stresy.

Ale medycyna warta była wyrzeczeń. Ja naprawdę lubię swoją pracę, bo to jest w gruncie rzeczy sztuka, rękodzieło. Nie lubię dużej chirurgii. Brzuch, kości – to nie dla mnie. Duża chirurgia byłaby dla mnie monotonna, mało dynamiczna.

Z laryngologicznych zabiegów nie znoszę np. operować ślinianek przyusznych. Zanim się zidentyfikuje topografię ich struktur, trzeba mozolnie dłubać, dłubać, dłubać. To męczące. Natomiast endoskopowe operacje zatok są niesamowicie dynamiczne. Każda jest inna. Za każdym razem zżera mnie ciekawość, co też tam zastanę. Ta fascynacja jakoś mi nie mija.

W którymś momencie będzie Pan musiał zrezygnować z operowania.

■ Mam świadomość, że jak zaczną zawodzić moje naczynia wieńcowe albo trząść się ręce – odejdę od stołu operacyjnego. W moim zawodzie nie ma przepisu, że jak się kończy np. 60 lat, to koniec z operowaniem. Myślę, że mam wystarczający poziom samokrytycyzmu, by podjąć tę decyzję we właściwym czasie.

W medycynie jest miejsce na demokratyczne podejmowanie decyzji?

■ Nie. Można się konsultować, omawiać i dyskutować. Ale decyzje podejmuje się jednoosobowo. To zresztą odpowiada mojej mentalności. Bo ja mam raczej mentalność kaprała niż demokracji. Jestem bezwzględny w egzekwowaniu ustaleń.

W domu też?

■ W stosunku do rodziny słowo „bezwzględny” jest nie na miejscu. W domu czekają na mnie dwie kochające kobiety, żona i córka, które mnie zdominowały, wspaniały syn oraz jamniczka Patka.

S. Z: Patrzy Pan na ludzi jak na potencjalnych pacjentów: o, ten to ma skrzywiony nos, przydałaby mu się operacja?

■ Proszę pana, ja tego nie muszę widzieć, ja to po prostu słyszę. Słyszę, jak pan oddycha, i wiem, że wcześniej czy później powinien się pan poddać operacji nosa.