



7/2008 (14)

Bogdan Podsiedlik

Jestem lekarzem z ponadtrzydziestoletnim doświadczeniem zawodowym. W różnych okresach mojego życia różnie postrzegałem to, co nazywamy ludzkim ciałem. Dziecięcymi oczyma podziwiałem sprawność i tężyznę fizyczną mojego bardzo silnego ojca. Stariałem się mu dorównać, zwyciężyć, mocując się na ręce. Z czasem, obserwując moją najbliższą rodzinę, zacząłem dostrzegać zmiany w ich wyglądzie, rozumieć, że czas początkowo sprzyjał rozwijaniu sprawności fizycznej, by potem nastąpiła stopniowa jej utrata – starzenie się. Powoli docierało do mnie, że otaczający mnie ludzie wymagają coraz większej pomocy, chętniej niż dawniej pozwalają na wyręczanie w różnych czynnościach wymagających siły, sprawności, wytrzymałości. Umysły bardzo dobrze znosiły próbę czasu, ale ich ciała usychały, pokrywały się coraz bardziej pomarszczoną skórą. Powoli stawali się niedołęzni, a codzienne czynności wymagały od nich coraz to większego wysiłku. Widziałem to nieubłagane narastające niedołęstwo. Pamiętam, że jako dziecko bałem się przywitać z jedną ze starszych przyjaciółek babci, gdy ta wyciągnęła rękę na powitanie. Jej ręka była bardzo pomarszczona i drżąca, zupełnie inna niż ręka babci. Ciało babci znikło w grobie i już nie było komu śpiewać dziwnych starych piosenek, nie było opowieści o dawnych czasach, o tym, jak pielęgnować kwiaty. Nikt nie potrafił zrobić takich pierogów i zupy ziemniaczanej.

Młodzi ludzie, wybierając studia medyczne, kierują się różnymi pobudkami. Bardzo często jest to kontynuacja tradycji rodzinnej, chęć uzyskania zawodu, który gwarantuje łatwość znalezienia miejsca pracy, wykonywania zawodu mającego znaczny prestiż społeczny czy chęć sprawdzenia się, wyzwanie, któremu niełatwo sprostać. Już pierwszy rok weryfikował, czy wybór kierunku studiów był trafny.

Przez pierwsze trzy lata studiów medycznych uczyliśmy się nauk przez nas nazywanych naukami podstawowymi, na które składały się między innymi zajęcia z biologii, histologii, biofizyki i biochemii. Podręczniki do nauki tych przedmiotów praktycznie nie różniły się od tych, z których uczyliśmy się do tej pory. Było w nich jednak dużo więcej nieznanego, bardzo trudnego, suchej wiedzy, którą należało opanować pamięciowo. Nauka tych przedmiotów nie kojarzyła się z ludzkim ciałem czy organizmem jakiegokolwiek żyjącej istoty, choć nasi wykładowcy ustawicznie przypominali o nierozzerwalnym związku tych przedmiotów z medycyną¹.

Pierwsze zajęcia z anatomii prawidłowej dobitniej uzmysłowiły mi, że na tych studiach uczymy się o człowieku, ale jakże inaczej postrzeganym. Ujrzałem zakonserwowane w formalinie zwłoki ludzkie, na których przez następny rok miałem się uczyć prawidłowej budowy ciała ludzkiego. Były one zupełnie inne niż dotychczas widywane przeze mnie zwłoki ludzi starych, które z reguły spoczywały w trumnie. Drażniąca woń formaliny zawsze wypełniała salę prosektoryjną, wciskała się w ubrania. Preparowanie mięśni, naczyń, nerwów czy narządów wewnętrznych było czymś, co osobiście bardzo źle znosiłem. Początkowo trudno mi było się skupić na zapamiętywaniu różnych szczegółów, z czasem przychodziło to łatwiej, przyzwyczajałem się. Preparowaliśmy preparat anatomiczny człowieka kiedyś żyjącego, który za życia zdecydował, by jego ciało po śmierci służyło studentom medycyny. Nacinaliśmy skórę, która była kiedyś elastyczna, żywa. Uwidacznialiśmy mięśnie, ścięgna, struktury stawów. Do tej pory ciało ludzkie było dla mnie czymś nietykalnym, szczególnie ciało, które już nie żyło. Jest rzeczą normalną, że zwykły człowiek nie ingeruje w ciało innych ludzi, a wręcz boi się zmarłego. My musieliśmy te lęki przezwyciężyć, najpierw – by zaliczyć ćwiczenia, potem – by zdać egzamin, aby w przyszłości osiągnąć cel: zostać lekarzem. Wielu kolegów wtedy zrezygnowało ze studiów.

Przez cały okres nauki anatomii porównywałem swoje ciało z preparatem anatomicznym w prosektorium. Przebiegi moich wyczuwalnych, tętniących naczyń, wyczuwalne mięśnie, choć pokryte inną, żywą skórą odpowiadały temu, co widzieliśmy

¹ Por. C. DeVillie, *Biologia współczesna*, (brak miejsca i roku wydania); por. W. Skowron, *Biologia*, Warszawa 1970.

w prosektorium. Wraz z nabywaną wiedzą anatomiczną stawało się coraz bardziej oczywiste, że żaden opis, plastyczny model czy najlepiej wykonana rycina nie mogły zastąpić preparatu anatomicznego. Prawda ta jest znana od początków medycyny. Już w starożytności lekarze (Galen, Hipokrates), chcąc coraz skuteczniej leczyć ludzi, starali się poznać i przedstawiać na rycinach wnętrze żywego ciała. Najświatlejsze umysły, choćby Leonardo da Vinci, starały się wyjaśnić tajemnicę życia, uczestnicząc w sekcjach zwierząt i ludzi. Nie można porównywać wartości merytorycznych starożytnych rycin anatomicznych, z których uczono się w starożytności i współczesnych podręczników czy atlasów, z których przyszło nam się uczyć anatomii².

Zupełnie inaczej postrzegało się skrawki ciała obserwowane w preparatach mikroskopowych. Obraz tkanek prawidłowych czy zmienionych chorobowo nie łączył mi się z obrazem anatomicznym ludzkiego ciała. Zagłębianie się coraz bardziej w strukturę tkanek, jeszcze głębiej w budowę poszczególnych komórek, nie wywoływało wrażenia, że mam do czynienia z fragmentami ciała. Nigdy nie odczuwałem emocji, oglądając barwne obrazy mikroskopowe, które należało przyporządkować do niektórych fragmentów ludzkiego organizmu i dobrze zapamiętać. Tak wspominałem histologię, patofizjologię, patomorfologię. Z kolei fizjologia była nauką bardzo trudną, z uwagi na konieczność opanowania pamięciowego bardzo rozległego materiału. Zajęcia praktyczne odbywały się w oderwaniu od ludzkiego ciała. Uczyliśmy się o człowieku, funkcjonowaniu jego ciała, ale obrazowane to było modelami zwierzęcymi. Ciało ludzkie w gruncie rzeczy w niewielkim stopniu różni się od innych ssaków³. W późniejszym czasie wprowadzono do edukacji lekarzy przedmiot anatomii czynnościowej, co bardzo ułatwiło zrozumienie anatomii i fizjologii.

Nauki kliniczne umożliwiły nam kontakt z pacjentem. Propedeutyka wprowadzała w zagadnienia poszczególnych dyscyplin klinicznych, uczyła prawidłowego badania, umiejętności zdobywania informacji na temat dolegliwości. Pamiętam do dziś pierwszego pacjenta, którego pod okiem asystenta badałem samodzielnie na internie⁴. Był on bardzo znanym pisarzem

² Por. A. Bochenek, M. Reicher, *Anatomia człowieka*, Warszawa 1958.

³ Por. S. Konturek, *Fizjologia człowieka*, Kraków 1995.

⁴ Interna – oddział lub klinika chorób wewnętrznych.

i tym bardziej byłem sparaliżowany całą tą sytuacją. Najpierw wywiad⁵, potem obserwacja, a na koniec badanie. Byłem prawie pewien, że nie potrafię nic wy badać, choć pacjent, mówiąc o swoich dolegliwościach, niezbitcie sugerował konkretne schorzenie. Czuję, że badając go, wykonywałem wszystkie czynności zbyt delikatnie, niepewnie. Owszem, nie wyrządziłem mu krzywdy, nie zadałem mu bólu, ale też i nic nie wy badałem. Pacjent zdawał sobie doskonale sprawę z tego, że ma do czynienia z niedoświadczonym studentem. Nie tylko nie protestował przed badaniem, ale widząc moją bezradność i brak pewności siebie z humorem zachęcał do „gniecienia jego brzuszyska, bo inni wcześniej już coś wymacali”. Dzięki jego postawie też to „coś” wy badałem. A za jego zachęty, by być bardziej zdecydowanym, byłem i jestem mu do dziś wdzięczny. Pacjent, który nie boi się badania, współpracuje z badającym, doznaje dużo mniejszego urazu, badanie jest mniej nieprzyjemne, mniej bolesne.

Po anatomii prawidłowej to zajęcia na chirurgii były momentem tak bliskiego kontaktu z ciałem ludzkim, w dodatku bardzo cierpiącym. Pierwszy widok krwi, bandaży, szyn usztywniających kończyny robił niesamowite wrażenie. Początkowo obawiałem się zbliżyć do ofiar wypadków, by nie utrudnić lekarzom i pielęgniarkom ich działań. Po kilku dniach i odpowiednich reprimendach okazało się, że mogę być przydatny zespołowi, a pacjentom nie czyniłem szkody, wręcz przeciwnie, coraz umiejętniej obchodziłem się z ich obolałymi ciałami.

Choroby, które leczą chirurdzy, zwykle wymagają zdecydowanej i szybkiej interwencji. Konkretnie działania mają na celu przerwanie rozwoju choroby. Po zaliczeniu zajęć z chirurgii ułożyłem swoją definicję zabiegu chirurgicznego. Jest to: procedura, która doprowadza do odjęcia części lub całości jakiegoś zmienionego chorobowo narządu lub części ciała, w celu usunięcia przyczyny choroby, co chroni organizm przed dalszym, niekontrolowanym przebiegiem choroby. Wybiera się mniejsze zło.

Będąc wiele lat temu pacjentem oddziału chirurgii, odczułem namiastkę tego, czego się doznaje przed zabiegiem operacyjnym. Byłem w uprzywilejowanej sytuacji w stosunku do normalnego pacjenta, gdyż poza wiedzą medyczną znałem bardzo

⁵ Wywiad – ogół wiadomości dotyczących aktualnych dolegliwości, jak i wcześniejszych losów pacjenta, jego rodziny i otoczenia.

dobrze cały personel, w ręce którego powierzałem swoje losy, swoje ciało. Nie dziwię się, że pojawiają się wtedy dylematy, a pytania zadawane samemu sobie rzeczywiście mogą sparaliżować możliwości decyzyjne. A są jeszcze najbliżsi, którzy życzą nam jak najlepiej. Decyzję zawsze podejmuje się samodzielnie – przecież to nasze jedyne ciało, które po zabiegu już nigdy nie będzie takie samo, jak przed zabiegiem. Czy to jest jedyny skuteczny sposób leczenia? Czy nie można poczekać? A może choroba sama ustąpi? Czy zabieg będzie dobrze wykonany? Czy nie wykonają zabiegu zbyt rozległe? Jak potem będzie wyglądało moje życie? A może to eksperyment, może ćwiczą na mnie? Czy chcą uzyskać moje komórki, które następnie wykorzystają do eksperymentów genetycznych? Na szczęście, większość tych dylematów mnie nie dotyczyła. Wiedziałem, że każdy dobry operator musi być zdecydowany, zabieg musi być wykonany prawidłowo, to znaczy w takich rozmiarach, by był skuteczny, ale zarazem nie za rozległy, niepotrzebnie okaleczający. I tak wykonali zabieg moi koledzy chirurdzy. Za to ich cenię i jestem im wdzięczny.

Jako studentowi praktycznie bez doświadczenia klinicznego trudno mi było nauczyć się spojrzenia na ciało przez pryzmat badań wizualizujących. Każde badanie obrazujące oprócz radiologa powinien oceniać lekarz kierujący. To on zna pacjenta, ma pewne informacje z badania pacjenta, które po uzupełnieniu informacjami zawartymi na kliszy czy ekranie dadzą końcowe rozpoznanie. Obraz radiologiczny to różnie wysycone cienie, które powstają przy przechodzeniu przez tkanki o różnym stopniu pochłaniania lub odbijania promieniowania. Promieniowanie przenikliwe niestety nie jest w pełni bezpieczne i nie można nim szafować bezkarnie. Wielokrotnie powtarzane badanie może spowodować zmiany, których chcielibyśmy uniknąć. Doskonale obrazuje wnętrze naszego ciała badanie ultrasonograficzne. We wprawnych rękach doświadczonego lekarza aparat pokazuje dynamiczny obraz narządów wewnętrznych przez sekundy czy minuty, można ocenić różne struktury we wszystkich wymiarach, obliczyć objętości, pomierzyć przepływy, oceniać strukturę, gęstość tkanek itp.

Każdy lekarz odbywał w trakcie studiów edukację pediatryczną. Dzieci były zawsze trudniejszymi pacjentami do badania i leczenia od dorosłych. Im dziecko było mniejsze i młodsze, tym był trudniejszy z nim kontakt lub zupełny jego brak, tym ręka

i stetoskop wydawały się o wiele za duże do badania, zwłaszcza wcześniaków w inkubatorach. Każdego pacjenta – dziecko, jak i dorosłego – należało badać całościowo. W przypadku pediatrii nie ma mniej lub bardziej ważnych obszarów ciała. Jak przemóc wrodzony wstyd młodocianego pacjenta przed całkowitym obnażeniem swojego ciała? Dorosłym pacjentom trudno jest obnażyć swoje ciało przed lekarzem płci przeciwnej. Stąd pacjenci dążą do pokazywania tylko tego fragmentu ciała, którego w ich mniemaniu dotyczy dolegliwość, toteż jeśli lekarz chce zbadać solidnie, całościowo zwykle spotyka się ze zdziwieniem lub nawet protestem. Pamiętam, jak na stażu pacjent nie chciał ściągnąć skarpetki z nogi zdrowej, bo umył tylko chorą nogę. A przecież skóra pokrywająca nasze ciało jest mapą choroby. Dotyczy to zwłaszcza dzieci, gdzie często trudno o informacje dodatkowe w postaci wyartykułowanych skarg. Badając bardzo małe ciało wcześniaka obserwujemy reakcję całego organizmu. Zmiany częstości oddechów, rytmu serca, zmiany kolorytu skóry, które zachodzą w trakcie badania bardzo często wskazują nam miejsca bolesne, chore. Są to ważne informacje. Im młodszy pacjent, tym jego reakcja na chorobę jest bardziej uogólniona, często dotycząca całego ciała⁶. Tego typu reakcje toczą się głównie w trakcie chorób infekcyjnych, bakteryjnych i wirusowych. Dysproporcja pomiędzy wielkością bakterii czy wirusa i ciała dziecka jest ogromna, co nie gwarantuje, że walkę o przetrwanie wygra ten większy.

We współczesnej medycynie duże znaczenie mają badania laboratoryjne, ale nie mogą one jako jedyne stanowić o rozpoznaniu choroby. Jest grupa ludzi niedoceniająca wartości badania lekarskiego, stąd narastająca tendencja u niektórych pacjentów do opierania się tylko na badaniach laboratoryjnych (wartości prawidłowe są podane w nawiasach) i badaniach obrazowych (rentgenowskich, ultrasonograficznych), których wyniki i opisy są wydawane do rąk pacjenta. Wyniki badań laboratoryjnych odzwierciedlają stan poszczególnych tkanek i narządów, jak i stan całego organizmu, stąd ich interpretację winien przeprowadzać lekarz. Czasami stwierdzenie przez lekarza w trakcie badania jednej niewielkiej nieprawidłowości może zwiastować tragiczny finał. Tak było z Tomkiem. Już pierwsze badanie,

⁶ Por. J. Gadzinowski, M. Szymankiewicz, *Podstawy neonatologii*, Poznań 2006.

które przeprowadzaliśmy z koleżanką na oddziale zdradzało coś niecodziennego – wiotkie ciało, konsystencja tkanek obniżona, ciastowata, nawet galaretowata, nadmierna senność, słaby kontakt z otoczeniem. Matka tego nie dostrzegła. Dla niej ciało syna było normalne, dorodne, aktywność prawidłowa (oceniana do masy ciała). Z czasem pojawiły się dyskretne zaburzenia metabolizmu (kwasica metaboliczna⁷), które nie tylko nam, ale i ośrodkom nadrzędnym nie udało się do końca zdiagnozować. Tomka straciliśmy po kilku miesiącach, po kilku reanimacjach, pomiędzy którymi staraliśmy się odpowiedzieć na pytanie, dlaczego narasta wiotkość jego ciała. Do końca przyczyna jego choroby pozostała zagadką, której nie rozwiązały rozległe badania sekcyjne, liczne badania laboratoryjne, których wyniki były w ostatnich chwilach jego życia prawidłowe.

Wielokrotnie zdarzało mi się być tym pierwszym lub jedynym, który mógł udzielić pomocy w miejscu nieszczęśliwego zdarzenia. Takie momenty pamięta się bardzo dokładnie, niezależnie od końcowego efektu działań. Najbardziej boleśnie odczułem i wspominam nieskuteczną reanimację mojego przyjaciela. Pamiętam jak go zastałem leżącego na trawie w nie-naturalnej, omal groteskowej pozie. Nie reagował. Brak oznak życia, źrenice prawie niereagujące na światło. Czy już są sztywne?⁸. Początkowo wszystko wykonywałem sam. Po kilkunastu sekundach przybiegła moja żona, ale nadal nasze wysiłki nie dawały efektów. Oboje czuliśmy, że nie dajemy rady. Ciało uparcie nie poddaje się naszym wysiłkom, serce nie chce zaskoczyć, ciało patrzy na nas coraz bardziej nieruchomymi oczyma. Nie wiem, jak długo to trwało. Czułem, że już nie mogę, że boli mnie całe ciało, sucho w ustach, coraz ciemniej przed oczami, szara zieleń trawy. Widzę tylko jego oczy. Nic nie daje masaż serca, sztuczny oddech, źrenice przestają reagować, oczy tracą blask, ciało zrobiło się mniej podatne, jakby podjęło decyzję, że nie chce zostać razem z nami. Musiałem mu to powiedzieć „wybacz, nie dam rady”. Były to ostatnie słowa, jakie do niego wypowiedziałem. Nagle tupot stóp. Obce głosy i mnie odsuwają. Głos kobiety zdradza profesjonalizm, słyszę, że dalej kontynuują to, co robiliśmy. W zamkniętych oczach wyschły

⁷ Kwasica metaboliczna – stan organizmu, w którym wytwarza się nadmiar substancji o odczynie kwaśnym lub występuje niedobór substancji alkalizujących.

⁸ Sztywne źrenice – brak reakcji zwiężenia się źrenicy pod wpływem światła.

ły. Wiem, że nie zrobią już nic dla tego ciała, w którym już nie ma życia. Odeszła dusza i już nikt temu ciału nie pomoże.

Ostatni raz, na szczęście skutecznie, udało mi się interweniować z kolegą kardiochirurgiem z Włoch w samolocie nad oceanem. Pamiętam dokładnie przebieg całego zdarzenia. Na szczęście wszystko udało się przeprowadzić idealnie. Samolot doleciał do Mediolanu o 2 godziny wcześniej. Naszego pacjenta w stanie dobrym zabrała karetka reanimacyjna. Załoga samolotu pożegnała nas bardzo serdecznie. Niekłamane łyzy, wycalowali nas obu. Kapitan chciał wręczyć, a potem bezceremonialnie wepchnął nam do rąk po najlepszym krawacie z pokładowego sklepu wolnocłowego. „To o mnie”. Nie mogliśmy odmówić.

Duże trudności diagnostyczne i terapeutyczne sprawiają młodociani pacjenci ze schorzeniami psychosomatycznymi. Coraz częściej spotyka się młodocianych pacjentów, którzy reagują dolegliwościami somatycznymi w reakcji na pewne stany psychiczne. Najczęściej mamy do czynienia z tak zwaną nerwicą szkolną. Zwykle bóle brzucha, wymioty, bóle głowy poprzedzają wyjście do szkoły w dniu, kiedy mają się odbyć nie lubiane lekcje zwykle prowadzone przez nie lubianych nauczycieli. Dolegliwościom tym nie towarzyszą przeważnie jakiejkolwiek nieprawidłowości somatyczne. Klucza należy szukać w psychice, emocjach, niepotrzebnym stresie. W takich przypadkach, poznając głębiej psychikę można było znaleźć klucz do uzdrowienia dolegliwości cielesnych, doprowadzić do zdrowia ciało. I taka jest najprostsza definicja zdrowia – dobrostan psychofizyczny.

Czym jest dla mnie ciało?
Kluczem do poznania pacjenta.
Poprzez ciało poznaję człowieka?

Opis przypadku

Od kilku dni przebywający od roku w Tang-Szam Andrzejek bardzo często, a w zasadzie codziennie i to kilka razy wymiotował, źle się czuł. Wizyta rekomendowanego lekarza medycyny chińskiej ograniczyła się do oglądnięcia oka. Tak to relacjonowali obecni przy badaniu rodzice i rodzeństwo. Przed badaniem, jak i po nim, lekarz zadawał bardzo dużo pytań, zbierał

wywiad. Na tydzień zalecona kuracja dała już w pierwszych dniach szybką poprawę. Po kilku miesiącach od pierwszej wizyty ten sam lekarz ponownie został poproszony o poradę do tego samego chłopca, który tym razem miał objawy infekcji górnych dróg oddechowych. Bardzo dokładny wywiad, badanie paznokci, dokładne oglądanie oka⁹. Tym razem została stwierdzona infestacja¹⁰ pasożytem. Leczenie trwało równie krótko i było tak samo (spektakularnie) skuteczne.

Jak mało wiem o tej sztuce badania, uzdrawiania – leczenia.
Jak niewiele wiem o ciele człowieka.

→ **SŁOWA KLUCZOWE** – ANATOMIA, CIAŁO, ZDROWIE, ZWŁOKI

SUMMARY

B. PODSIEDLIK, *Human Body Seen Through the Eyes of a Physician*

The aim of the article was to show how a medical doctor perceives human body. The author based his reflections on his own experience of working as a doctor for more than thirty years, and earlier of being a medical student. The article shows how beginning with the studies at the Faculty of Medicine, through his career, his understanding and look at man through the prism of his body, i.e. his whole biophysiochemical structure has been evolving. The article also shows how particular medical sciences interpret human body, unfortunately often like an object.

The second part of the article appears equally valuable since the author presents his struggle with the body, i.e. resuscitation treatment. One case here reveals his struggle and unfortunately helplessness as a doctor in bringing back to life his own friend. However, the second case is more cheerful; passenger's life was saved on a plane.

⁹ Irydologia – stan organizmu oceniany na podstawie wyglądu przedniego odcinka oka (tęczówka, źrenica, rogówka, spojówka?).

¹⁰ Infestacja – wtargnięcie pasożyta do organizmu żywiciela.

The reflections undertaken in the article prove that although some medical sciences present the body purely like an object, indeed a lot depends on a doctor and his sensitivity to other people, his subjective perception of human body.

Bogdan Podsiedlik, lekarz medycyny, absolwent Akademii Medycznej w Krakowie. Od początku pracy zawodowej, od 1978 roku do roku 2006 pracownik Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala Dziecięcego im. Świętego Ludwika w Krakowie przy ul. Strzeleckiej 2 (począwszy od stanowiska młodszego asystenta do ordynatora Oddziału Ogólnoniemowlęcego i Patologii Noworodka z Pododdziałami Neurologii i Gastroenterologii). Specjalizacje pod kierownictwem: z pediatrii doc. J. Sekułowej i dr J. Horzelowej, z neonatologii dr. W. Borkowskiego i dr J. Kallisty-Milewicz. Staże specjalistyczne w ramach stypendiów zagranicznych m.in. w Strong Memorial Hospital w Rochester w USA, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù w Rzymie. Autor publikacji m.in. z toksoplazmozy, zapaleń płuc u noworodków, pneumocystozy u niemowląt oraz współautor i konsultant merytoryczny książki *Matka i Dziecko podręcznika wychowania i postępowania z dziećmi od chwili narodzin do pełnoletności*. Praktyka prywatna od 1987 roku. Wcześniej także lekarz dyżurujący w Krakowskim Pogotowiu Ratunkowym oraz lekarz w Szkole Mistrzostwa Sportowego w Krakowie przy ul. Grochowskiej 20.