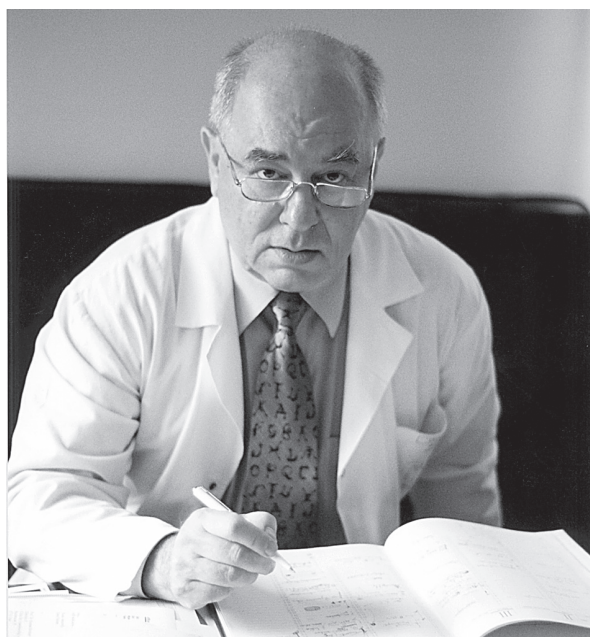


Wywiad z prof. dr. hab. Andrzejem Küblerem, kierownikiem Katedry i Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii Akademii Medycznej we Wrocławiu, specjalistą anestezjologii i intensywnej terapii oraz medycyny paliatywnej

Interview with professor Andrzej Kübler, Head of Anaesthesiology and Intensive Care Department, Medical University of Wrocław, anaesthetist and palliative care specialist



Panie Profesorze, Pana dorobek naukowy, dydaktyczny i organizacyjny jest olbrzymi. Jest Pan autorem 331 prac naukowych, redaktorem 4 podręczników, Pana publikacje są najczęściej cytowane na Wrocławskiej Akademii Medycznej. Jest Pan członkiem wielu towarzystw naukowych — krajowych i zagranicznych. Bardzo często jest Pan zapraszany jako wykładowca na kongresy krajowe i zagraniczne, również jako stały wykładowca zagranicznych uniwersytetów. Był Pan Konsultantem Krajowym w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii. Jaka była Pańska droga do tak imponujących osiągnięć?

Moja decyzja dotycząca wyboru anestezjologii jako specjalizacji rozstrzygnęła o kierunku naukowego rozwoju. Dotychczas pamiętam całkowite zaskoczenie mojego ówczesnego przełożonego, kierownika kliniki chirurgicznej, który powiedział: „Jak to? Ma Pan zapewniony etat w klinice chirurgicznej i chce Pan iść na anestezjologię?!”. Nie zmieniłem jednak zdania i po stażu rozpocząłem naukę w Studium Doktoranckim w Międzyklinicznym Zakładzie Anestezjologii i Intensywnej Terapii Akademii Medycznej we Wrocławiu. Motywy tej decyzji były złożone. Imponowała mi olbrzymia wiedza medyczna ówczesnego kierownika oddziału anestezjologii w tym szpitalu. Depresyjnie wpłynął na mnie los starszego kolegi, asystenta chirurgii, który zabrał z kiosku odłożony dla kierownika oddziału chirurgii egzemplarz reglamentowanej „Polityki” i przez pół roku nie wyznaczano go do żadnego większego zabiegu. Ale tak naprawdę zadecydował fakt, że Studium Doktoranckie umożliwiło uniknięcie powołania do wojska, co było zmartwieniem młodych klinicznych asystentów w owym czasie.

Praca anestezjologa w ośrodku kierowanym przez prof. Antoniego Arońskiego we Wrocławiu oznaczała również kontakt ze szpitalami w Europie Zachodniej, co na początku lat 70. stanowiło bardzo atrakcyjną perspektywę. Przyjęcie na Studia Doktoranckie było pierwszym wydarzeniem decydującym o dalszym kierunku kariery. Następnym było napisanie doktoratu.

Profesor Aroński zajmował się wówczas tym, co obecnie jest osobną specjalizacją medyczną i nazywa się kardiologią inwazyjną. Z jego inicjatywy pisałem do amerykańskich kardiologów, aby przysłali

do prób cewniki zakończone balonikiem, służące do prowadzenia pomiarów hemodynamicznych.

Moja praca doktorska dotyczyła oceny czynności płuc we wstrząsie kardiogenym — obecnie jest to temat raczej dla kardiologa.

Wyjazdy zagraniczne były kolejnymi wydarzeniami wpływającymi na naukową karierę. Dzięki nim miałem możliwość poznania nowoczesnych technologii medycznych i kierunków aktualnych badań naukowych z zakresu anestezjologii. Podczas zagranicznych kongresów dokonywaliśmy karkołomnych przedsięwzięć, aby dostać się na sesję bez opłaty, które w latach 70. były niewyobrażalnie wysokie dla mieszkańców Europy Wschodniej. Celem mojego pobytu naukowo-szkoleniowego we Wiedniu w 1983 roku było zapoznanie się z zastosowaniem metod komputerowych w intensywnej terapii. Był to czas bardzo przydatny w realizacji rozprawy habilitacyjnej, zakończonej w 1984 roku.

Ważny był rozwój wrocławskiego ośrodka anestezjologicznego pod względem możliwości badawczych. Przyczyniło się do niego uruchomienie Poradni Leczenia Bólu, rozpoczęcie badań w zakresie leczenia bólu pooperacyjnego, wielokierunkowy rozwój intensywnej terapii, budowa i uruchomienie Oddziału Intensywnej Terapii Pediatricznej.

Za jedno ze swoich większych osiągnięć organizacyjnych uważam doprowadzenie do wydania przez Ministerstwo Zdrowia w 1998 roku standardów w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii. Jest to jedyna specjalność, w przypadku której istnieją takie uwarunkowania prawne. Dotychczas skutecznie uniemożliwiają one ograniczenie czy obniżenie jakości działań medycznych w tej dziedzinie.

Dzięki kierowaniu kliniką mogłem czynnie wspierać rozwój młodej kadry. Jak dotąd byłem promotorem 34 doktoratów z zakresu anestezjologii, intensywnej terapii i leczenia bólu.

Wspieranie rozwoju naukowego moich współpracowników uważam obecnie za moje najważniejsze zadanie.

Jak to się stało, że człowiek mający tak wiele zajęć, tak rozległe zainteresowania i osiągnięcia w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii, zwrócił uwagę na nową — i co tu ukrywać — ciągle traktowaną po macoszemu dziedzinę medycyny, jaką jest opieka paliatywna?

Po rozpoczęciu szkolenia w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, niezależnie od programu specjalizacji, bardzo interesował mnie problem leczenia bólu. W połowie lat 70. europejscy anestezjolo-

dzy zwrócili uwagę na problematykę bólu przewlekłego, którą już kompleksowo zajmowali się lekarze amerykańscy. Do Polski przyjechał prof. John Bonica z zespołem z pierwszej na świecie Kliniki Bólu w Seattle. Miałem możliwość wysłuchania ich wykładów i spotkania ich osobiście podczas sympozjum w Gdańsku — zrobiło to na mnie bardzo duże wrażenie. Kontaktowałem się z anestezjologami polskimi, którzy szczególnie zainteresowani byli leczeniem bólu — Maćkiem Borzęckim (Warszawa), Bolesławem Rutkowskim (Gliwice), Jerzym Garstką (Poznań).

W 1977 roku uczestniczyłem w szkoleniu z zakresu akupunktury w Pekinie i Szanghaju, co znacznie zwiększyło moje kwalifikacje w zakresie leczenia bólu. Jeszcze cenniejsza okazała się dla mnie znajomość z lekarzem z Austrii, pasjonującym się technikami blokad nerwów w leczeniu bólu — bardzo dużo się od niego nauczyłem.

Zorganizowanie ośrodka leczenia bólu było wówczas w Klinice Wrocławskiej niemożliwe, gdyż dominującym kierunkiem rozwoju była intensywna terapia.

Jednak jako lekarza wyszkolonego w leczeniu bólu zapraszano mnie do uczestnictwa w różnych konsultacjach i interwencjach indywidualnych. Wówczas zetknąłem się z zagadnieniami bólu nowotworowego. Wykonując blokady nerwów, towarzyszyłem w ostatnich miesiącach życia jednemu z profesorów naszej uczelni, potem innemu, następnie starszemu koledze, anestezjologowi. Odkryłem wtedy potrzebę opieki paliatywnej — moi pacjenci odnosili korzyści z blokad czy akupunktury, ale równie mocno potrzebowali rozmowy, szukali duchowego wsparcia, zmagali się z wieloma problemami egzystencjalnymi.

Zrozumiałem istotę *total pain*. Pomyślałem, że jest tu potrzebny bardziej złożony mechanizm opieki niż techniczna umiejętność blokady nerwów. Mogę więc powiedzieć, że zainteresowanie medycyną paliatywną wynikało z moich osobistych doświadczeń jako lekarza zajmującego się terapią bólu przewlekłego — nagle stałem się towarzyszem osób, które umierały w cierpieniu i szukały pomocy. Zacząłem więcej interesować się problematyką bólów nowotworowych, więcej czytać. Zapadło mi w pamięć to, co napisał John Bonica: „Anestezjolog stykając się z problemem bólu nowotworowego, powinien być czymś więcej niż sprawnym technikiem wyposażonym w igłę i strzykawkę”. Później spotkałem Jacka Łuczaka, który opowiedział mi o swojej nowej medycznej fascynacji i z czasem opieka, a następnie medycyna paliatywna zaistniała w naszym kraju i zaczęła się dynamicznie rozwijać.

W 1997 roku, pełniąc funkcję Prorektora ds. Klinicznych, udało mi się wprowadzić zajęcia z medy-

cyny paliatywnej jako przedmiot obowiązkowy dla studentów Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej we Wrocławiu.

Później bardzo zainteresował mnie wymiar działań paliatywnych w zakresie intensywnej terapii. Intensywna terapia z czasów mojej młodości była heroiczną walką o utrzymanie prawidłowego ciśnienia tętniczego i odpowiedniego utlenowania krwi. Często działania te odsuwały zupełnie refleksje na temat egzystencji osoby poddanej intensywnemu leczeniu. Potem fascynacja możliwościami technicznymi i lekami zaczęła słabnąć i pacjentów oddziału intensywnej terapii zaczęto leczyć w sposób dostosowany do aktualnej, zdrowotnej sytuacji określanej nie tylko przez pojedynczy parametr fizjologiczny, ale perspektywę komfortu życia oraz jakości przyszłej egzystencji. Nagle okazało się, że działania paliatywne stanowią ważny element praktyki intensywnej terapii. Uważam, że tak jak to się dzieje w innych rozwiniętych krajach, należy w Polsce szerzej i wszechstronnie kształcić anesteziologów w zakresie medycyny paliatywnej w odniesieniu do praktyki leczenia na oddziałach intensywnej terapii.

W gronie przyjaciół jest Pan znany ze specyficznego poczucia humoru. Pamiętam Pana „występy wokalne” przy ogniskach, a także rysunki — nieustępujące pracom Mleczki. Jakie są Pana zainteresowania pozamedyczne?

Literatura jest moją pasją od dzieciństwa. Kiedy tylko mogę, to czytam. Wracam do klasyki i staram

się ją lepiej poznać, ale współczesna proza również bardzo mnie interesuje. W czasach studenckich kierowałem pracą radiowęzła w domu studenckim, przygotowywałem audycje, pisałem felietony, interesowałem się też studenckim dziennikarstwem. Zupełnie niedawno chciałem coś znów napisać. Jakąś krótką formę, mądrą jak u Czechowa, ale też ciętą i trafną jak u Janusza Głowackiego. Wyszło jednak z tego „byle co”, o wyraźnie propagandowym charakterze, ponieważ nie mogę swojego myślenia oderwać od spraw medycznych. Niestety własne twórcze możliwości literackie wydają mi się już wyczerpane. Ale poznawanie twórczości innych nadal stanowi dla mnie wielką przyjemność.

Aktywność fizyczną w zakresie pozamedycznym dostosowywałem do aktualnych trendów — pływałem, grałem w tenisa, uprawiałem jogging. Może najtrwalsze było zainteresowanie ćwiczeniami hatha-joga — wykonuję jeszcze dzisiaj kwiat lotosu. Stawałem też — dosłownie — na głowie, nawet podczas sympozjów. Ale filozofia jogów mnie nie przekonuje, a zamiłowanie do jedzenia smacznych potraw uniemożliwiło mi dalsze postępy w tej skądinąd ciekawej gimnastyce.

Jestem domatorem, uwielbiam przebywać w domu i w klinice, natomiast życie skazało mnie na ciągłe podróże. Cyganka wywróżyła to mojej mamie. Dlatego taką piosenką obrazującą mój los jest utwór z westernu, w którym mój ulubiony aktor Lee Marvin śpiewa „*I was born under the wondering star*”.

Rozmawiała dr Anna Orońska